

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU MULTIPARA KALA II FASE AKTIF DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA TANGGAL 07-11 AGUSTUS 2015



OLEH

DIAN ESTERIA PUAY

NIM: 02.12.00476

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
2015**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU MULTIPARA KALA I FASE AKTIF
DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 07-11 AGUSTUS 2015**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu
Persyaratan Memperoleh Gelar Ahli Madya kebidanan (Amd. Keb)**



OLEH

DIAN ESTERIA PUAY

NIM: 02.12.00476

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
2015**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah adalah hasil karya sendiri dan belum pernah di kumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, 10-maret- 2015

Yang menyatakan

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Dian Esteria Puay', written in a cursive style.

DIAN ESTERIA PUAY

02.12.00476

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NORMAL DI RUANG INAP PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG TANGGAL 07-11 AGUSTUS 2015", telah di setuju dan ajukan dalam seminar proposal Mahasiswa atas nama: DIAN ESTERIA PUAY, NIM: 02.12.00476 Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, 10-maret- 2016

Menyetujui

Pembimbing I



Frida .S. Pay, SST M.Kes

Pembimbing II



Jeni Nurmawati, SST

Mengetahui

Ketua

Prodi DIII Kebidanan



Ummu Zakiah, SST, M.Keb

Ketua

in STIKES CHMK



Drg. Jeffrey Jap, M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NORMAL DI RUANG INAP PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG TANGGAL 07-11 AGUSTUS 2015" telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa atas nama: DIAN ESTERIA PUAY, NIM 02.12.00476 Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah di uji dan dipertahankan di depan tim penguji Proposal pada tanggal,

Ketua : UMMU ZAKIAH, SST, M.Keb.....

Anggota : 1. FRIDA .S. PAY, SST, M.KES.....

2. JENI NURMAWATI, SST.....

Mengetahui

Ketua

Prodi DIII kebidanan



Ummu Zakiah, SST, M.Keb

Ketua

an STIKES CHMK



Dr. Jeffrey Jap, M.Kes

BIODATA PENULIS

Nama : DIAN ESTERIA PUAY

Tempat dan tanggal lahir : Kapan, 23 agustus 1994

Alamat : Jln cocakrawa No 2, Kec Soe Kab TTS

Riwayat pendidikan :

1. SD INPRES OEBESA (2000-2006)
2. SMP NEGERI 2 SOE (2006-2009)
3. SMA KRISTEN 1 SOE (2009-2012)
4. Sedang menyelesaikan studi DIII di STIKes CHM-KUPANG



persembahan

Persembahan ini saya berikan kepada TUHAN

Kedua Orang Tua Bapak Yonatan Puay Dan Ibu Lodia Manno

Tersayang, Kedua Adik tersayang Dion Puay dan Dini Puay,

Teman-teman angkatan 5 STIKes CHM-K Dan Almamaterku Tercinta

ABSTRAK

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
TAHUN 2015/2016

Nama : Dian Esteria Puay

NIM : 021200476

Latar Belakang: Persalinan merupakan suatu proses alamiah yang terjadi pada wanita. Walaupun proses tersebut alami, masih terdapat kemungkinan untuk berkembang menjadi patologis. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan sekitar 10% kelahiran hidup mengalami komplikasi. Diperkirakan dari setiap ibu dalam persalinan 16-17 ibu dapat menderita komplikasi yang mempengaruhi kesehatan mereka.

Tujuan: Tujuan pemberian asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal yaitu untuk meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang asuhan kebidanan dengan manajemen kebidanan varney, menganalisa proses persalinan normal.

Pembahasan: Berdasarkan asuhan yang dilakukan dimulai dengan pengumpulan data yaitu data subyektif dan obyektif, menginterpretasikan data, menentukan masalah potensial yang terjadi, menentukan tindakan segera yang dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah potensial, membuat perencanaan berdasarkan kebutuhan yaitu melakukan pertolongan persalinan spontan pervaginam pada ibu bersalin normal, melakukan asuhan kebidanan post partum hingga 2 jam dan mengikuti perkembangan ibu selama pemberian asuhan.

Simpulan: Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Masalah telah terselesaikan dengan menggunakan metode pendekatan 7 langkah varney tanpa adanya kesenjangan. Diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran bagi mahasiswa/i.

Kata Kunci: Asuhan kebidanan, persalinan normal

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatNya saya dapat menyelesaikan penyusunan laporan tugas akhir berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU MULTIPARA KALA II FASE AKTIF DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA TANGGAL 07-11 AGUSTUS 2015”**. laporan tugas akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Alih Madya kebidanan (Amd,Keb) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini perkenalkan penulis mengucapkan terima kasih kepada Frida S. Pay, SST, M.Kes selaku pembimbing I dan ibu Jenni Nurmawati, SST selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis sehingga terselesainya penyusunan laporan tugas akhir ini, serta ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri kupang yang telah menyediakan dan memberikan kesempatan pada penulis menempuh pendidikan di STIKes CHMK
2. Drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang dengan segala kebijakkannya menuntun seluruh mahasiswa selama proses pendidikan di kampus.
3. Ummu Zakiah, SST, M.Keb selaku ketua program studi DIII kebidanan sekaligus penguji yang telah memberikan bimbingan

dan pengajaran,serta masukkan,saran dan kritik pembangunan selama penulis menjalani pendidikan dan terselesainya penyusunan laporan tugas akhir.

4. Monika Salmau ,Amd,Keb selaku kepala ruangan Puskesmas Sikumana Rawat Inap yang telah mengizinkan penulis selama proses studi kasus akhir di Puskesmas
5. Para dosen Program studi Diploma III kebidanan atas bimbingan dan arahan kepada saya selama mengikuti pendidikan.
6. Ny Y.S beserta keluarga yang telah bersedia dan bekerja bersama menjadi responden laporan tugas akhir.
7. Bapak Yonatan Puay dan Ibu Lodia Manno yang adalah motivator dalam hidupku yang tak pernah jenuh mendoakan dan menyayangiku, atas semua pengorbanan dan kesabarannya mengantarkanku sampai kini. Tak pernah cukup untuk ku balas cinta bapak dan ibu.
8. Sahabat-sahabat dan adik-adikku tersayang, Dian, Isty, Xaveria, Susan, sarlita, Dion dan Ina yang telah mendukung penulias dengan caranya masing-masing
9. Teman-teman seperjuangan Prodi DIII kebidanan angkatan v kelas c dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan baik motivasi maupun moril kepada penulis dalam penyelesaian tugas akhir ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan dan dukungan. Saya menyadari bawa laporan tugas akhir ini jauh dari sempurna namun saya berharap laporan ini bermanfaat bagi pembaca khususnya mahasiwa kebidanan ataupun keperawatan.

Kupang, 10 maret 2016

DIAN ESTERIA PUAY

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

HALAMAN JUDUL

PERNYATAAN.....iii

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING.....iv

LEMBAR PENGESAHAN TIMPENGUJI.....v

BIODATA.....vi

PERSEMBAHAN.....vii

KATA PENGANTAR.....viii

DAFTAR ISI.....x

DAFTAR SINGKATAN.....xi

BAB I PENDAHULUAN.....1

1.1 LATAR BELAKANG.....1

1.2 RUMUSAN MASALAH.....4

1.3 TUJUAN PENELITIAN.....4

1.4 MANFAAT.....5

BAB II TINJAUAN TEORI.....6

2.1 KONSEP DASAR PERSALINAN.....6

2.2 KONSEP DASAR MANAJEMEN KEBIDANAN.....	64
BAB III METODEODOLOGI PENELITIAN.....	80
3.1 DESAIN PENELITIAN DAN RANCANGAN PENELITIAN.....	80
3.2 KERANGKA KERJA.....	80
3.3 POPULASI SAMPEL DAN SAMPLING.....	82
3.4 PENGUMPULAN DATA DAN ANALISA DATA.....	83
3.5 ETIKA PENELITIAN.....	84
BAB IV TINJAUAN KASUS.....	86
4.1 PENGKAJIAN.....	86
4.2 ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA.....	95
4.3 ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL.....	97
4.4 TINDAKAN SEGERA.....	97
4.5 PERENCANAAN.....	97
4.6 PELAKSANAAN.....	99
4.7 EVALUASI.....	101
BAB V PEMBAHASAN.....	116
BAB VI PENUTUP.....	120
6.1 KESIMPULAN.....	120

6.2 SARAN.....	121
DAFTAR PUSTAKA.....	122
LAMPIRAN.....	xii

DAFTAR SINGKATAN

WHO : World Health Organisation.

G : Gravida

P : Paritas

A : Abortus

AH : Anak Hidup

UK : Umur Kehamilan

BBL : Bayi Baru Lahir

PAP : Pintu Atas Panggul

PBP : Pintu Bawah Panggul

DTT : Desinfektan Tingkat Tinggi

RL : Ringer Laktat

DJJ : Detaj Jantung Janin

TTV : Tanda-Tanda Vital

ASI : Air Susu Ibu

BAK : Buang Air Kecil

BAB : Buang Air Besar

LILA	: Lingkar Lengan Atas
HPHT	: Haid Pertama Hari Terakhir
TP	: Tafsiran Persalinan
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
ANC	: Ante Natal Care
TT	: Tetanus Toksoit
JK	: Jenis Kelamin
LH	: Lahir Hidup
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
PPV	: Pengeluaran Pervagiam
TH	: Turun Hodge
TBBA	: Tafsiran Berat Badan Anak
UUK	: Ubun-Ubun Kecil

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I: Dokumentasi Kujungan Rumah

Lampiran II: Lembar Partograf

Lampiran III: Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah untuk melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi, di samping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin. (Sarwono,2006)

Upaya kesehatan ibu bersalin dilaksanakan dalam rangka mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan.

Pencapaian upaya kesehatan ibu bersalin diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih (Cakupan Pn). Indikator ini memperlihatkan diantaranya tingkat kemampuan pemerintah dalam menyediakan pelayanan persalinan berkualitas yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Secara

umum cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia mengalami kenaikan setiap tahunnya. Cakupan secara nasional pada tahun 2013 adalah sebesar 90,88%, dimana angka ini telah dapat memenuhi target Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2013 yakni sebesar 89%. Sebagian besar provinsi (21 provinsi) telah dapat mencapai target renstra tersebut, dan selebihnya yakni sebanyak 12 provinsi belum dapat mencapai target. Tiga provinsi dengan cakupan tertinggi adalah Jawa Tengah (99,89%), Sulawesi Selatan (99,78%), dan Sulawesi Utara (99,59%). Sedangkan tiga provinsi dengan cakupan terendah adalah Papua (33,31%), Papua Barat (73,20%), dan Nusa Tenggara Timur (74,08%). Pada ketiga provinsi dengan cakupan terendah tersebut, hanya Papua saja yang cakupannya mengalami penurunan dari tahun sebelumnya, dua provinsi yang lain mengalami kenaikan. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di provinsi Papua pada 2013 adalah 33,31%, sedangkan capaian pada tahun sebelumnya adalah sebesar 43,54%. Selengkapnya tentang cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia menurut provinsi tahun 2013 (<http://www.dinkes-Indonesia profil-kesehatan, 2013>).

Nusa Tenggara Timur (NTT) pada tahun 2013 menunjukkan angka kematian ibu 177/100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 14/1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa angka kematian yang paling tinggi terjadi pada ibu. Penyebab

utama kematian ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (28%), eklamsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tidak langsung kematian ibu antara lain KEK pada kehamilan (37%) dan anemia pada kehamilan (40%). Sedangkan berdasarkan laporan rutin PWS tahun 2013, penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (39%), eklamsia (20%), infeksi (7%) dan lain-lain (33%) ([http:// www.dinkes-kotakupang profil-kesehatan, 2013](http://www.dinkes-kotakupang.profil-kesehatan,2013)).

Data persalinan normal di ruang rawat inap puskesmas sikumana, periode maret sampai agustus 2015 terdapat kasus dengan kondisi ibu dan bayinya sehat berjumlah 194 orang.

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (sarwono, 2006).

Persalinana normal adalah bayi lahir melalui vagina dengan letak belakang kepala/ubun-ubun kecil,tanpa memakai alat bantu,serta dengan tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali episiotomi). Proses persalinan normal biasanya berlangsung dalam waktu kurang dari 24

jam. Terjadinya persalinan membutuhkan 3 faktor penting, yaitu : kekuatan ibu saat mengejan, keadaan jalan lahir, kesehatan janin. Ketiganya harus dalam keadaan baik, sehingga bayi dapat di lahirkan. Dengan adanya kekuatan mengejan ibu janin dapat di dorong ke bawah, dan masuk ke rongga panggul. Saat kepala janin masuk ruang panggul, posisi kepala sedikit menekuk sehingga dagu dekat dengan dada janin. Posisi ini akan memudahkan kepala janin lolos melalui jalan lahir, yang di ikuti dengan beberapa gerakan selanjutnya. Setelah kepala keluar, bagian tubuh janin yang lain akan mengikuti, mulai dari bahu, badan dan kedua kaki (Denidya, 2011).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik melaksanakan asuhan kebidanan pada Ny Y.S umur 34 tahun inpartu kala II fase aktif di ruangan bersalin puskesmas sikumana.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penulisan ini yaitu bagaimana penerapan manajemen kebidanan pada Ny. Y.S, G3 P2 A0 AH2, UK 36-37 minggu, janin tunggal hidup, letak kepala, intrauterine, keadaan umum ibu dan janin baik, inpartu kala II fase aktif, di ruangan bersalin puskesmas sikumana.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Memberikan asuhan layanan yang komprehensif sesuai dengan manajemen kebidanan pada ibu G3 P2 A0 AH2 UK 36-37 minggu, letak

kepala, tunggal, hidup, intra uterin, inpartu kala II fase aktif di ruangan bersalin puskesmas sikumana.

1.3.2 Tujuan khusus

1. melakukan pengkajian pada ibu bersalin dengan persalinan normal, pada ibu G3 P2 A0 AH1 UK 36-37 minggu, janin tunggal, hidup, intra uterin, inpartu kala II fase aktif di ruangan bersalin puskesmas sikumana.
2. melakukan analisa data, menentukan diagnose, masalah dan kebutuhan ibu bersalin dengan persalinan normal pada ibu G3 P2 A0 AH1 UK 36-37 minggu, janin tunggal, hidup, intra uterin, inpartu kala II fase aktif di ruangan bersalin puskesmas sikumana.
3. untuk mengidentifikasi masalah potensial pada ibu bersalin dengan persalinan normal pada ibu G3 P2 A0 AH1 UK 36-37 minggu, janin tunggal, hidup, intra uterin, inpartu kala II fase aktif di ruangan bersalin puskesmas.
4. untuk mengidentifikasi tindakan segera pada ibu bersalin dengan persalinan normal pada ibu G3 P2 A0 AH1 UK 36-37 minggu, janin tunggal hidup intra kala II fase aktif di ruangan bersalin puskesmas sikumana.
5. Untuk menentukan perencanaan pada ibu bersalin dengan persalinan normal pada ibu G3 P2 A0 AH1 UK 36-37

minggu, janin tunggal hidup intra uteri inpartu kala II fase aktif di ruangan bersalin puskesmas sikumana.

6. Untuk melaksanakan perencanaan yang sesuai dengan rencana yang telah dibuat pada ibu bersalin dengan persalinan normal pada ibu G3 P2 A0 AH1 UK 36-37 minggu, janin tunggal hidup intra uteri inpartu kala II fase aktif di ruangan bersalin puskesmas sikumana.
7. Untuk mengevaluasi seluruh asuhan yang telah di berikan kepada ibu bersalin dengan persalinan normal pada ibu G3 P2 A0 AH1 UK 36-37 minggu, janin tunggal hidup intra uteri inpartu kala II fase aktif di ruangan bersalin puskesmas sikumana.
8. Melakukan pendokumentasian pada kasus ibu hamil dengan persalinan normal pada ibu G3 P2 A0 AH1 UK 36-37 minggu, janin tunggal hidup intra uteri inpartu kala II fase aktif di ruangan bersalin puskesmas sikumana.

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Manfaat secara teoritis

1. sebagai salah satu panduan informasi dalam membuat konsep asuhan pada ibu bersalin.
2. sebagai literature di perpustakaan bagi mahasiswa kebidanan dan keperawatan

1.4.2 manfaat secara praktis

1. Bagi penulis

Dapat menambah pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan normal

2. Bagi puskesmas dan profesi.

Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan melalui pendekatan asuhan kebidanan..

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian

1. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. (sarwono, 2006)
2. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) yang telah cukup bulan atau hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba,1998).
3. Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah untuk melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi, di samping itu bersama

keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin.
(sarwono, 2006)

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Mochtar,1998).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, penulis mengambil kesimpulan, persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), dan pengeluaran bayi, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu.

2.1.2 Klasifikasi Persalinan

Ada 2 klasifikasi persalinan, yaitu berdasarkan cara dan usia kehamilan.

1) Jenis Persalinan Berdasarkan Cara Persalinan

a. Persalinan spontan

Bila persalinan ini berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari tenaga luar misalnya ekstraksi dengan vakum dan forcep, atau dilakukan operasi Sectio Caesarea.

c. Persalinan anjuran

Persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup di luar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan (Obstetri Fisiologi, 1983).

2) Menurut Usia Kehamilan Dan Berat Janin Yang Dilahirkan

a. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan berusia 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

b. Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

c. Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

d. Partus maturus atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan antara 2500 gram atau lebih.

e. Partus posmaturus atau partus serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah Kehamilan 42 minggu (Obstetri Fisiologi,1983).

2.1.3 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

1) Teori kerenggangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai (Marisah, 2011).

2) Teori oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus atau minimal melakukan kerjasama (Manuaba,2001).

3) Teori penurunan progesteron

Penuaan plasenta telah dimulai sejak umur kehamilan 30-36 minggu, sehingga terjadi penurunan konsentrasi progesteron dan esterogen. Pada saat hamil, terjadi perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron yang menimbulkan kontraksi Braxton-Hicks, yang selanjutnya

akan bertindak sebagai kontraksi persalinan (Manuaba,2001).

4) Teori prostaglandin

Menjelang persalinan, diketahui bahwa prostaglandin sangat meningkat pada cairan amnion dan desidua. Diperkirakan terjadinya penurunan progesteron dapat memicu interleukin-1 untuk melakukan “hidrolisis gliserofosfolipid”, sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin.

Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Di samping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium, desidua, dan korion leave.

Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infus atau secara intravaginal. Oleh karena itu, dapat dikemukakan bahwa proses mulainya persalinan merupakan proses yang kompleks dan paling dominan, namun merupakan inisiasi pertama yang masih belum diketahui dengan pasti (Manuaba,2001).

5) Teori plasenta menjadi tua

Dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini menyebabkan kekejangan pembuluh darah dan menyebabkan kontraksi rahim (Marisah, 2011).

6) Teori distensi rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus, sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta (Marisah, 2011).

7) Teori berkurangnya nutrisi

Teori ini ditemukan pertama kali oleh Hipokrates. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Marisah, 2011).

8) Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikal dari fleksus frankenhauser yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan (Wiyati, 2009).

2.1.4 Tahapan Persalinan

Proses persalinan dibagi menjadi empat kala yaitu kala pembukaan, kala pengeluaran, kala uri dan kala pengawasan.

1. Kala I

Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, kala I disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (bloody show). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam dua fase:

1) Fase laten

Fase laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif. Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit demi sedikit.

Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, intensitas dari mulai terjadi setiap 10 sampai 20 menit, berlangsung 15 sampai 20 detik, dengan intensitas ringan hingga

kontraksi dengan intensitas sedang (rata-rata 40 mmHg pada puncak kontraksi dari tonus uterus dasar sebesar 10 mmHg) yang terjadi setiap 5 sampai 7 menit dan berlangsung selama 30 sampai 40 detik (Varney, 2007)

2) Fase aktif

Fase aktif biasanya dimulai sejak ibu mengalami kontraksi teratur dan maju dari sekitar pembukaan 4 cm sampai pembukaan serviks sempurna. Fase aktif dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Fase akselerasi berlangsung selama 2 jam pembukaan dari 3 cm menjadi 4 cm.
- b. Fase dilatasi maksimal berlangsung dalam waktu 2 jam dan pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm sampai 9 cm.
- c. Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm. His tiap 3-4 menit selama 45 detik.

Fase-fase tersebut diatas dijumpai pada primigravida. Pada multigravidapun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya servik berbeda antara pada primigravida dan multigravida. Pada primigravida OUI akan

membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis.

Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. OUI dan OUE penipisan dan pendataran serviks terjadi pada saat yang bersamaan. Ketuban akan pecah dengan sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan hampir atau telah lengkap. Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan multipara kira-kira 7 jam.

2. Kala II (pengeluaran)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara berlangsung 1 jam (Marisah,dkk.2011). Setelah serviks membuka lengkap janin akan segera keluar. His 2-3 kali per menit lamanya 60-90 detik. His sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, mempunyai amplitude 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 2-4 menit dan tonus uterus saat relaksasi kurang dari 12 mm air raksa.

Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk ke dalam panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara refleksoris menimbulkan rasa mencedas. Juga dirasakan tekanan pada rectum dan hendak BAB. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his.

3. Kala III (kala uri)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.

Pada kala III persalinan, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah

lahirnya bayi. Penyusutan rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta karena tempat implantasi plasenta semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina (APN, 2007).

4. Kala IV (pengawasan)

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Wiyati, 2009).

Kala IV merupakan proses yang terjadi sejak plasenta lahir sampai dengan 1-2 jam sesudahnya, hal-hal yang perlu di perhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali ke bentuk normal. Hal ini dapat di lakukan dengan melakukan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga di perhatikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah:

- a. Tingkat kesadaran penderita
- b. Pemeriksaan TTV
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan (perdarahan dikatakan normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc) (Wiyati, 2009).

2.1.5 Tanda Dan Gejala Menjelang Persalinan

Ada sejumlah tanda dan gejala peringatan yang akan meningkatkan kesiagaan bahwa seorang wanita sedang mendekati waktu bersalin. Wanita tersebut akan mengalami beberapa kondisi berikut, mungkin semua atau malah tidak sama sekali. Dengan mengingat tanda dan gejala tersebut, kita akan terbantu ketika menangani wanita yang sedang hamil tua sehingga kita dapat memberikan konseling dan bimbingan antisipasi yang tepat.

Tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain adalah sebagai berikut:

1) Lightening

Lightening yang dimulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan adalah penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap (engaged) setelah lightening, yang biasanya oleh wanita awam disebut “kepala bayi

sudah turun“. Sesak napas yang dirasakan sebelumnya selama trimester III akan berkurang, penurunan kepala menciptakan ruang yang lebih besar didalam abdomen atas ekspansi paru. Lightening menimbulkan perasaan tidak nyaman yang lain akibat tekanan pada bagian presentasi pada struktur di area pelvis minor. Hal-hal spesifik berikut akan dialami ibu:

- a. Ibu jadi sering berkemih karena kandung kemih ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang.
- b. Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau perlu defekasi.
- c. Kram pada tungkai yang disebabkan oleh tekanan bagian presentasi pada saraf yang menjalar melalui foramina isciadika mayor menuju tungkai.
- d. Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstremitas bawah.

Lightening menyebabkan TFU menurun ke posisi yang sama dengan posisi TFU pada UK 8 bulan. Pada kondisi ini, bidan tidak dapat lagi melakukan pemeriksaan

ballote pada kepala janin yang mengalami sebelumnya dapat digerakan diatas simpisis pada palpasi abdomen. Pada leopold IV jari-jari bidan yang sebelumnya merapat sekarang akan memisah lebar. Pada primigravida biasanya lightening terjadi sebelum persalinan. Hal ini kemungkinan disebabkan peningkatan intensitas kontraksi braxton hicks dan tonus otot abdomen yang baik, yang memang lebih sering ditemukan pada primigravida (Hidayat, ,2010).

2) Perubahan serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin matang. Jika sebelumnya selama hamil, serviks masih lunak dengan konsistensi seperti pudding dan mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi braxton hicks. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan (Varney, 2007).

3) Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan pada serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya

timbul akibat kontraksi braxton hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sekitar enam minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermiten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum terjadi persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan kehilangan energi dalam menghadapinya. Bagaimanapun persalinan palsu juga mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat (Varney, 2007).

4) Ketuban Pecah Dini

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum persalinan kondisi tersebut disebut dengan KPD. Hal ini dialami oleh sekitar 12% wanita hamil. Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan dalam 24 jam (Varney, 2007).

5) Bloody show

Plak lendir di sekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak lendir inilah yang dimaksud dengan bloody show (Varney, 2007).

6) Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24-48 jam sebelum terjadinya persalinan. Umumnya para wanita ini merasa energik selama beberapa jam sehingga bersemangat melakukan berbagai aktivitas yang akibatnya mereka merasa letih ketika memasuki persalinan dan seringkali persalinan menjadi sulit dan lama. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi secara alamiah, yang memungkinkan wanita memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita harus diinformasikan tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri dan menggunakannya untuk persalinan (Varney, 2007).

2.1.6 Faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Faktor power

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi :

a. His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna dengan sifat-sifat : Kontraksi simetris, fundus dominan , kemudian diikuti relaksasi. Dalam melakukan observasi pada

pasien bersalin hal-hal yang harus di perhatikan dari his adalah :

- 1) Frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit, atau per 10 menit
- 2) Intensitas his adalah kekuatan his (Adekuat atau lemah)
- 3) Durasi (lama his) adalah lamanya setiap his berlangsung dan di tentukan dengan detik, misalnya 50 detik
- 4) Interval his adalah jarak antara his satu dengan his berikutnya
- 5) Datangnya his adalah apakah sering, teratur atau tidak

Perubahan-perubahan akibat his

- 1) Pada uterus dan servik: Uterus terasa keras padat karena kontraksi. Servik tidak mempunyai otot-otot yang banyak, sehingga muncul his maka terjadi pendataran (affacement) dan (pembukaan) dari servik
- 2) Pada ibu : rasa nyeri karena iskemia rahim, dan kontraksi rahim, terdapat pada kenaikan nadi dan tekanan darah

- 3) Pada janin : Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenter kurang sehingga timbul hipoksia janin. DJJ melambat dan kurang jelas di dengar karena adanya iskemia fisiologi

Pembagian his dan sifat-sifatnya

- 1) His pendahuluan : His tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau bloody show
- 2) His pembuka : (kala I) : Menyebabkan pembukaan servik, semakin kuat, teratur dan sakit
- 3) His pengeluaran (kala II) : Untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi
- 4) His pelepasan uri (kala III) : Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta
- 5) His pengiring (kala IV) : Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

b. Tenaga mendedan

- 1) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan karena kontraksi dinding-dinding otot perut, yang mengakibatkan peninggian tekanan, intra abdominal

- 2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi
- 3) Saat kepala sampai ke dasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah
- 4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap, dan paling efektif sewaktu ada his
- 5) Tanpa tenaga mengejan anak tidak dapat lahir
- 6) Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah lepas dari dinding rahim

2. Faktor passager (janin)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin yang meliputi faktor janin, letak, bagian terbawa, dan posisi janin

a. Sikap (Habitus)

Menunjukkan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya.

b. Letak (situs)

Letak janin adalah bagaimana sumbu janin berada pada sumbu ibu

c. Presentasi

Dipakai untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian bawah rahim, yang dijumpai ketika palpasi atau pemeriksaan dalam

d. Bagian terbawa janin

Sama dengan presentasi, hanya lebih diperjelas istilahnya

e. Posisi janin

Untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (Materal pelvis)

3. Faktor passage (Jalan lahir)

Passage atau faktor jalan lahir menjadi:

- a. Tulang panggul os coxae, os sacrum, os coccyfis
- b. Articulatio (Persendian) : Simfisi pubis, artikulasi sakro-iliaka, artikulasi sakro-koksigidium
- c. Ruang panggul pelvis mayor dan pelvis minor
- d. Pintu panggul : PAP, ruang tengah panggul, PBP, ruang panggul yang sebenarnya berada di outlet dan outlet
- e. Sumbu panggul
- f. Bidang-bidang panggul Hodge I-IV
- g. Bagian lunak : otot-otot, jaringan-jaringan dan ligament-ligament

4. Psikis ibu

Dalam fase persalinan juga terjadi peningkatan kecemasan, dengan makin meningkatnya kecemasan akan semakin meningkatkan intensitas nyeri. Penyebab nyeri adalah karena timbulnya ketegangan mental akibat rasa takut.

5. Faktor penolong

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu adalah kemampuan dan ketrampilan penolong persalinan. Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal (Nurasiah, 2012)

2.1.7 Mekanisme persalinan normal

Mekanisme persalinan normal merupakan gerakan janin yang mengakomodasikan diri terhadap panggul ibu. Diameter-diameter yang besar dari janin harus menyesuaikan dengan diameter yang paling besar dari panggul ibu agar janin bisa masuk melalui panggul untuk dilahirkan.

1. Diameter janin

- a. Diameter biparietal, yang merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai dalam defenisi pengucian (eggagment)

- b. Diameter suboksipitobregmatika ialah jarak antara batas leher dengan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang berpengaruh membentuk presentasi kepala
- c. Diameter oksipitomental, yang merupakan diameter terbesar dari kepala janin, ini adalah diameter yang berpengaruh membentuk presentasi dahi

2. Mekanisme persalinan

Gerakan-gerakan utama anak dalam kelahiran adalah :

a. Turunya kepala

Turunya kepala dibagi dalam :

1) Masuknya kepala dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan.

2) Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara sebaliknya majunya kepala dan majunya kepala

dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

Penyebab majunya kepala antara lain :

- a) Tekanan cairan intrauterine
- b) Tekanan langsung oleh fundus pada bokong
- c) Kekuatan mengejan
- d) Melurusnya badan anak oleh perubahan bentuk rahim

b. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambah fleksi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir, diameter suboksipito bregmatika (9 cm)menggantikan diameter suboksipito frontalis (11 cm). Fleksi ini di sebabkan karena anak di dorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggu.

c. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu

bawah panggul. Putaran paksi dalam bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai hodgee III, dan bila kepala sampai di dasar panggul.

Sebab-sebab terjadi putaran paksi dalam adalah :

- 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala
- 2) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara levator ani kiri dan kanan
- 3) Ukuran terbesar dari bagian tengah panggul adalah diameter anteroposterior

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala.

Pada kepala bekerja dua kekuatan yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya di sebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah suboksiput tertahan pada pinggir bawah simfisis akan maju karena kekuatan tersebut diatas bagian yang berhadapan dengan suboksiput, maka

lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Suboksiput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomochlion

e. Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putara restitusi (putaran balasan sama dengan putaran paksi luar)

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan muncul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Nurasiah, 2012)

2.1.8 Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan pada persalinan normal secara umum adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi yang lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat

terjaga pada tingkat yang optimal. Tujuan asuhan persalinan yang lebih spesifik adalah :

1. Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan bayi
2. Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), mulai dari hamil hingga bayi selamat
3. Mendeteksi dan penatalaksanaan komplikasi secara tepat waktu
4. Memberi dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran bayinya (Rohani dkk, 2011)

2.1.9 Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

Persalinan merupakan proses fisiologis yang tidak akan habis sejalan dengan kelangsungan hidup manusia di muka bumi. Asuhan Persalinan Normal (APN) disusun dengan tujuan terlaksananya persalinan dan pertolongan pada persalinan normal yang baik dan benar, target akhirnya adalah penurunan angka mortalitas ibu dan bayi di Indonesia. Pada awalnya APN terdiri dari 60 langkah, namun setelah direvisi menjadi 58 langkah , sebagai berikut:

1. Mendengar, melihat , dan memeriksa tanda dan gejala kala II

2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Memakai celemek plastik
4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang di pakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam
6. Memasukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
7. Membersihkan vulva dan perineum, menekanya hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang di basahi air DTT
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan permukaan lengkap
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan sarung tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit.

10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal 120-160x/menit)
11. Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginanya
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan kuat untuk meneran dalam 60 menit
15. Meletakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
17. Membuka tutupan partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangn DTT pada kedua tangan
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan

kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala

20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi
21. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, menganjurkan ibu meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal sehingga bahu depan muncul di arkus pubis dan kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
24. Setelah tubuh bayi dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki, (Masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
25. Melakukan penilaian selintas : (a) Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernafas tanpa kesulitan? (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

26. Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan. Ganti handuk yang basah dengan handuk yang kering. Memposisikan tubuh bayi di perut ibu.
27. Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus
28. Memberitahu ibu bahwa penolong akan menyuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit intramuskular di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin)
30. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat (dua menit setelah bayi lahir) pada sekitar 3 cm dari pusar (umbilikus) bayi. Dari sisi luar klem penjepit dorong (ibu) tali pusat ke arah distal ibu dan lakukan penjepit kedua pada 2 cm dari klem pertama
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
32. Tempatkan bayi di atas dada ibu untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
34. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Letakan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat

36. Setelah uterus berkontraksi regangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke belakang-atas (dorsol kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksinya dan ulangi prosedur diatas
37. Melakukan peregangan dan dorongan dorsol-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsol-kranial)
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahikan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan tangan diatas fundus, dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik ibu maupun bagan bayi pastikan selaput ketuban lengkan dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus

41. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
43. Memberi waktu cukup untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (didada paling sedikit 1 jam)
44. Melakukan penimbangan atau pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis dan vit k 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah 1 jam kontak kulit ibu-bayi
45. Memberikan suntikan iminisasi Hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vit k 1) di paha kanan anterolateral
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan
50. Memeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)

51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu menggunakan pakain yang bersih dan kering
54. Memastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
55. Mendokumentasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang kering dan bersih
58. Melengkapi partograf (Halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

(1) Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat

keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah: mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam; mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama; data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatat secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk: mencatat kemajuan persalinan, mencatat kondisi ibu dan janinnya, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan, menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

a. Pencatatan selama fase laten kala I persalinan

Selama fase laten semua asuhan, pemeriksaan dan pengamatan, dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dicatat secara terpisah, baik di catatan kemajuan persalinan maupun di KMS ibu hamil. Tanggal dan waktu harus ditulis setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua suhan dan intervensi juga harus dicatat.

Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama yaitu:

1. DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam
2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam
3. Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam
4. Pembukaan serviks setiap 4 jam
5. Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
6. Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam

Jika ditemui gejala dan tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan. Lakukan tindakan yang sesuai apabila pada diagnosis disebutkan adanya penyulit dalam persalinan. Jika frekuensi kontraksi berkurang dalam satu atau dua jam pertama, nilai ulang kesehatan dan kondisi aktual

ibu dan bayinya. Bila tidak ada tanda-tanda penyulit, ibu boleh pulang dengan instruksi untuk kembali jika kontraksinya menjadi teratur, intensitasnya makin kuat dan frekuensinya meningkat. Rujuk ibu ke fasilitas yang sesuai jika fase laten berlangsung lebih dari 8 jam.

b. Pencatatan selama fase aktif persalinan: partograf

Halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan yaitu:

1. Informasi tentang ibu:

Nama, umur; gravida, para, abortus (keguguran); nomor catatan medik/nomor puskesmas; tanggal dan waktu mulai dirawat; waktu pecahnya selaput ketuban.

2. Kondisi janin:

DJJ; warna dan adanya air ketuban; penyusupan atau molase kepala janin.

3. Kemajuan persalinan:

Pembukaan serviks; penurunan bagian terbawah atau presentasi janin; garis waspada atau garis bertindak

4. Jam dan waktu

Waktu mulainya fase aktif persalinan; waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

5. Kontraksi uterus:

Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit dan lama kontraksi dalam detik

6. Obat-obatan dan cairan yang diberikan:

Oksitosin; obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan

7. Kondisi ibu:

Nadi, TD dan temperatur tubuh; urin (volume, aseton atau protein).

Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom yang tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan).

c. Mencatat temuan pada partograf

1. Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: jam atau pukul pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

2. Kondisi janin

Bagan atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin)

(a) DJJ

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan yang lainnya dengan garis tegas dan bersambung.

Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal pada angka 180 dan 100. Sebaiknya, penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga di bawah 120 atau di atas 160. Catat tindakan-tindakan yang dilakukan pada ruang yang tersedia di salah satu dari kedua sisi partograf.

(b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

U : selaput ketuban masih utuh (belum pecah)

J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin.

Jika terdapat mekonium, pantau DJJ dengan seksama dan mengenali tandatanda gawat janin selama proses persalinan. Tetapi jika mekonium kental, segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki kemampuan penatalaksanaan

kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir.

(c) Penyusupan (molase) tulang kepala janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan semakin menunjukkan risiko CPD. Apabila ada dugaan CPD maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan dugaan proporsi kepala-panggul (CPD) ke fasilitas kesehatan rujukan.

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

- 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat di palpasi
- 1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

- 2 tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- 3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

3. Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan centimeter. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan. Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, denyut jantung janin, kontraksi uterus dan frekuensi nadi ibu.

(a) Pembukaan serviks

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap

pemetiksaan. Tanda “X” harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks) dari hasil periksa dalam harus dicantumkan pada garis waspada.

Pilih angka sesuai dengan pembukaan serviks (hasil periksa dalam) dan cantumkan tanda “X” pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dari garis waspada. Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

(b) Penurunan bagian terbawah janin

Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tapi adakalanya, penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm.

Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan

angka pembukaan serviks. Berikan tanda “O” yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda “O” dari setiap pemeriksaan.

(c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Pertimbangkan perlunya melakukan intervensi bermanfaat yang diperlukan, misalnya: persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit atau puskesmas) yang memiliki kemampuan untuk menatalaksana penyulit atau gawatdarurat obstetri.

Garis bertindak tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya, ibu harus

sudah berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

4. Jam dan waktu

(a) Waktu mulainya fase aktif

Dibagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-12. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

(b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

Dibawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit yang berhubungan dengan lajur

5. Kontraksi uterus

Dibawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka

yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi.

Nyatakan lamanya kontraksi dengan: beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik, beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik, dan isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

6. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV.

(a) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetes per menit.

(b) Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

7. Kondisi ibu

Bagian terbawah lajur dan kolom pada halaman depan partograf, terdapat kotak atau ruang untuk mencatat kondisi kesehatan dan kenyamanan ibu selama persalinan.

(a) Nadi, tekanan darah dan suhu ibu

Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

- (1) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda titik (.) pada kolom waktu yang sesuai.

Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda panah (↑) pada partograf pada kolom waktu yang sesuai.

- (2) Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh pada kotak yang sesuai.

(b) Volume urin, protein dan aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika

memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urin.

8. Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan.

Asuhan, pengamatan dan/atau keputusan klinis mencakup:

- (a) Jumlah cairan per oral yang diberikan
- (b) Keluhan sakit kepala atau penglihatan (pandangan) kabur
- (c) Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (Obgin, bidan, dokter umum)
- (d) Persiapan sebelum melakukan rujukan
- (e) Upaya, jenis dan lokasi fasilitas rujukan

d. Pencatatan pada lembar belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak kala I hingga kala IV dan bayi baru lahir. Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catat asuhan yang

diberikan kepada ibu selama masa nifas (terutama pada kala IV persalinan) untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai.

Dokumentasi ini sangat penting, terutama untuk membuat keputusan klinik. Selain itu catatan persalinan dapat digunakan untuk menilai atau memantau sejauh mana pelaksanaan asuhan persalinan yang aman dan bersih telah dilakukan. Catatan hasil persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut: data atau informasi umum, kala I, kala II, kala III, bayi baru lahir, kala IV.

Berbeda dengan pengisian halaman depan (harus segera diisi di setiap akhir pemeriksaan), pengisian data di lembar belakang partograf baru dilengkapi setelah seluruh proses persalinan selesai. Informasi yang di catatkan di halaman belakang partograf akan meliputi unsur-unsur berikut ini:

1. Data dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan dan alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping saat merujuk. Isikan data pada masing-masing tempat yang telah

disediakan, atau dengan cara memberi tanda √ pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan catatan rujukan, lingkari jawaban yang sesuai dan untuk pertanyaan pendamping pada saat merujuk jawaban bisa lebih dari satu.

2. Kala I

Kala I terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah lain yang timbul, penatalaksanaannya, dan hasil pernyataan tersebut. Untuk pertanyaan tentang apakah partograf melewati garis waspada, lingkari jawaban yang sesuai. Pertanyaan lainnya hanya diisi jika terdapat masalah lainnya dalam persalinan.

3. Kala II

Kala II terdiri dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah lain, penatalaksanaan masalah dan hasilnya. Beri tanda √ pada kotak disamping jawaban yang sesuai. Bila pertanyaan episiotomi jawabannya “ya”, tulis indikasinya. Untuk pertanyaan gawat janin dan distosia bahu jika jawabannya “ya” isi tindakan yang dilakukan.

Khusus pertanyaan tentang gawat janin, ditambahkan ruang baru untuk menekankan upaya deteksi dini

terhadap gangguan kondisi kesehatan janin selama kala II dan harus dicatatkan apa hasil pemantauan tersebut (normal, gawat janin, atau tidak dapat dievaluasi). Bagian ini dapat menjadi pelengkap bagi informasi pada kotak “ya” maupun “tidak”. Jawaban umping pada untuk pertanyaan pendamping pada saat persalinan, mungkin lebih dari satu. Untuk “masalah lain” harus dijelaskan jenis masalah yang terjadi.

4. Kala III

Data untuk kala III terdiri dari lamanya kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, rangsangan pada fundus, kelengkapan plasenta saat dilahirkan, retensio plasenta yang > 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang di sediakan dan beri tanda \checkmark pada kotak di samping jawaban yang sesuai, untuk pertanyaan plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir > 30 menit dan laserasi derajat perineum maka jawabannya dilingkari.

5. Bayi baru lahir

Informasi yang perlu diperoleh dari bagian bayi baru lahir adalah berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan

hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan serta beri tanda \checkmark pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan jenis kelamin dan penilaian bayi baru lahir, lingkari jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan bayi lahir jawaban mungkin lebih dari satu.

6. Kala IV

Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, temperatur, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting, terutama untuk menilai deteksi dini risiko atau kesiapan penolong mengantisipasi komplikasi perdarahan pasca persalinan. Pemantau kala IV dilakukan setiap 15 menit dalam 1 jam pertama setelah melahirkan, dan setiap 30 menit pada 1 jam berikutnya. Isikan hasil pemeriksaan pada kolom dan ruang yang sesuai. Bila timbul masalah selama kala IV, tuliskan jenis dan cara menangani masalah tersebut pada bagian masalah kala IV dan bagian berikutnya. Bagian yang digelapkan tidak usah diisi. (JNPK-KR,2007).

1) Asuhan persalinan kala II

(1) Persiapan penolong persalinan

Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan

infeksi (PI) yang dianjurkan, termasuk mencuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan pribadi

a. Sarung tangan

Sarung tangan DTT atau steril harus selalu dipakai selama melakukan pemeriksaan dalam, membantu kelahiran bayi, episiotomi, penjahitan laserasi dan suhan segera bayi baru lahir. Sarung tangan harus menjadi bagian dari perlengkapan untuk menolong persalinan (partus set) dan prosedur penjahitan (heckting set). Sarung tangan harus diganti apabila terkontaminasi, robek atau bocor.

b. Perlengkapan pelindung diri

Pelindung pribadi merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit. Oleh sebab itu, penolong persalinan harus memakai celemek yang bersih dan penutup kepala atau ikat rambut pada saat menolong persalinan. Juga gunakan masker penutup mulut dan pelindung mata (kacamata) yang bersih dan nyaman. Kenakan semua perlengkapan pelindung pribadi selama membantu kelahiran bayi

dan plasenta serta saat melakukan penjahitan laserasi atau luka episiotomi.

c. Persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan

Penolong persalinan harus menilai ruangan dimana proses persalinan akan berlangsung. Ruangan tersebut harus memiliki pencahayaan atau penerangan yang cukup (baik melalui jendela, lampu di langit-langit kamar ataupun sumber cahaya lainnya). Ibu dapat menjalani persalinan di tempat tidur dengan kasur yang dilapisi kain penutup yang bersih, kain tebal dan pelapis anti bocor (plastik) apabila hanya beralaskan kayu atau diatas kasur yang diletakan di atas lantai. Ruangan harus hangat dan terhalang dari tiupan angin secara langsung. Selain itu, harus tersedia meja atau permukaan yang bersih dan mudah dijangkau untuk meletakan peralatan yang diperlukan.

Pastikan bahawa semua perlengkapan dan bahan-bahan tersedia dan berfungsi dengan baik; termasuk perlengkapan untuk menolong persalinan, menjahit laserasi atau luka episiotomi dan resusitasi bayi baru lahir.

d. Persiapan tempat dan lingkungan untul kelahiran bayi

Persiapan untuk mencegah kehilangan panas tubuh secara berlebihan pada bayi baru lahir harus dimulai sebelum kelahiran bayi atau bayi baru lahir dengan memastikan bahwa ruangan tersebut bersih, hangat (minimal 25⁰c), pencahayaannya cukup, dan bebas dari tiupan angin.

e. Persiapan ibu dan keluarga

1. Asuhan sayang ibu

- a) Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan dari suami, orang tua, kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan.
- b) Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan, diantaranya membantu ibu berganti posisi, melakukan rangsangan taktil, memberikan amkanan dan minuman, teman bicara, dan memberikan dukungan dan semangat selama persalinan dan melahirkan bayinya.
- c) Penolong persalinan dapat meberikan dukungan dan semanagt kepada ibu dan anggota keluarganya dengan menjelaskan

tahapan dan kemajuan proses persalinan atau kelahiran bayi kepada mereka.

- d) Tenteramkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani kala II persalinan. Lakukan bimbingan dan tawarkan bantuan jika diperlukan.
- e) Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran.
- f) Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu untuk meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan napas. Anjurkan ibu beristirahat diantara kontraksi.
- g) Anjurkan ibu untuk minum selama kala II persalinan
- h) Adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tenteramkan hatinya selama proses persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Beri

penjelasan tentang cara dan tujuan dari setiap tindakan setiap kali penolong akan melakukannya, jawab setiap pertanyaan yang diajukan ibu, jelaskan apa yang dialami oleh ibu dan bayinya dan hasil pemeriksaan yang dilakukan.

2. Membersihkan perineum ibu

Praktik terbaik pencegahan infeksi pada kala II persalinan diantaranya adalah melakukan pembersihan vulva dan perineum menggunakan air DTT. Gunakan gulungan kapas atau kassa yang bersih, bersihkan mulai dari bagian atas ke arah bawah (dari bagian anterior vulva ke arah rektum) untuk mencegah kontaminasi tinja. Letakan kain bersih di bawah bokong saat ibu mulai meneran. Sediakan kain bersih cadangan di dekatnya. Jika keluar tinja saat ibu meneran, jelaskan bahwa hal itu biasa terjadi. Bersihkan tinja tersebut dengan kain alas bokong atau tangan yang sedang menggunakan sarung tangan. Ganti kain alas bokong dan sarung tangan DTT. Jika tidak ada cukup waktu untuk membersihkan tinja karena bayi akan segera lahir

maka sisihkan dan tutupi tinja tersebut dengan kain bersih.

3. Mengosongkan kandung kemih

Anjurkan ibu dapat berkemih setiap 2 jam atau lebih sering jika kandung kemih selalu terasa penuh.

f. Amniotomi

Apabila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka perlu dilakukan tindakan amniotomi. Perhatikan warna air ketuban yang keluar saat dilakukan amniotomi. Jika terjadi pewarnaan mekonium pada air ketuban maka lakukan persiapan pertolongan bayi setelah lahir karena hal tersebut menunjukkan adanya hipoksia dalam rahim atau selama proses persalinan.

(2) Penatalaksanaan fisiologis kala II

Proses fisiologis kala dua persalinan diartikan sebagai serangkaian peristiwa alamiah yang terjadi sepanjang periode tersebut dan diakhiri dengan lahirnya bayi secara normal (dengan kekuatan ibu sendiri). Gejala dan tanda kala dua juga merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalina bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai.

Setelah terjadi pembukaan lengkap, beritahukan pada ibu bahwa hanya dorongan alamiahnya yang mengisyaratkan ia untuk meneran dan kemudian beristirahat di antara kontraksi. Ibu dapat memilih posisi yang nyaman, baik berdiri, berjongkok atau miring yang dapat mempersingkat kala dua. Beri keleluasaan untuk ibu mengeluarkan suara selama persalinan dan kelahiran jika ibu memang menginginkannya atau dapat mengurangi rasa tidak nyaman yang dialaminya.

Pada penatalaksanaan fisiologis kala dua, ibu memegang kendali dan mengatur saat meneran. Penolong persalinan hanya memberikan bimbingan tentang cara meneran yang efektif dan benar.

a. Membimbing ibu untuk meneran

Bila tanda pasti kala dua telah diperoleh, tunggu sampai ibu merasakan adanya dorongan spontan untuk meneran. Teruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi.

Menidagnosa kala dua persalinan dan memulai meneran:

1. Cuci tangan (gunakan sabun dan air bersih yang mengalir)

2. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk periksa dalam
3. Beritahu ibu saat, prosedur dan tujuan periksa dalam
4. Lakukan periksa dalam (hati-hati) untuk memastikan pembukaan sudah lengkap (10 cm), lalu lepaskan sarung tangan sesuai prosedur PI
5. Jika pembukaan belum lengkap, tenteramkan ibu dan bantu ibu mencari posisi nyaman (bila ingin berbaring) atau berjalan-jalan di sekitar ruang bersalin. Ajarkan cara bernapas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayinya (lihat pedoman fase aktif persalinan) dan catat semua temuan pada partograf.
6. Jika ibu merasa ingin meneran tapi pembukaan belum lengkap, beritahukan belum saatnya untuk meneran, beri semangat dan ajarkan cara bernapas cepat selama kontraksi berlangsung. Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman dan beritahukan untuk menahan diri untuk meneran hingga penolong memberitahukan saat yang tepat untuk itu.

7. Jika pembukaan sudah lengkap dan ibu merasa ingin meneran, bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman, bimbing ibu untuk meneran secara efektif dan benar dan mengikuti dorongan alamiah yang terjadi. Anjurkan keluarga ibu untuk membantu dan mendukung usahanya. Catat hasil pemantauan pada partograf. Beri minum dan pantau DJJ setiap 5-10 menit. Pastikan ibu dapat beristirahat diantara kontraksi.
8. Jika pembukaan sudah lengkap, tapi ibu tidak dorongan untuk meneran, bantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman (bila masih mampu, anjurkan untuk berjalan-jalan). Posisi berdiri dapat membantu penurunan bayi yang berlanjut dengan dorongan untuk meneran. Ajarkan cara bernafas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayi (lihat pedoman fase aktif persalinan) dan catatkan semua temuan pada partograf. Berikan cukup cairan dan anjurkan/perbolehkan ibu untuk berkemih sesuai kebutuhan. Pantau DJJ setiap

15 menit. Stimulasi puting susu mungkin dapat meningkatkan kekuatan dan kualitas kontraksi.

Jika ibu ada dorongan untuk meneran setelah 60 menit pembukaan lengkap, anjurkan ibu untuk mulai meneran di setiap puncak kontraksi. Anjurkan ibu mengubah posisinya secara teratur, tawarkan untuk minum dan pantau DJJ setiap 5-10 menit. Lakukan stimulasi puting susu untuk memperkuat kontraksi. Jika bayi tidak lahir setelah 60 menit paya tersebut di atas atau jika kelahiran bayi tidak akan segera terjadi, rujuk ibu segera karena tidakturunnya kepala bayi mungkin disebabkan oleh disproporsi kepala-panggul (CPD).

b. Posisi ibu saat meneran

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik.

Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi

kemudahan baginya untuk beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya. Jongkok atau berdiri membantu mempercepat kemajuan kala dua persalinan dan mengurangi rasa nyeri.

Beberapa ibu merasa bahwa merangkak atau berbaring miring ke kiri membuat mereka lebih nyaman dan efektif untuk meneran. Kedua posisi tersebut juga akan membantu perbaikan posisi oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior. Posisi merangkak seringkali membantu ibu mengurangi nyeri punggung saat persalinan. Posisi berbaring miring ke kiri memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga dapat mengurangi risiko terjadinya laserasi perineum.

Cara meneran adalah anjurkan ibu untuk meneran mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi. Memberitahukan untuk tidak menahan nafas saat meneran. Minta untuk berhenti meneran dan beristirahat diantara kontraksi. Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ia akan lebih mudah

untuk meneran jika lutut ditarik ke arah dada dan dagu ditempelkan ke dada. Meminta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran. Tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membant kelahiran bayi. Dorongan pada fundus meningkatkan risiko distosia bahu dan ruptur uteri. Peringatan anggota keluarga ibu untuk tidak mendorong fundus bila mereka mencoba melakukan itu.

Jika ibu adalah primigravida dan bayinya belum lahir atau persalinan tidak akan segera terjadi setelah dua jam meneran maka ia harus segera di rujuk ke fasilitas rujukan. Lakukan hal yang sama apabila seorang multigravida belum juga melahirkan bayinya atau persalinan tidak akan segera terjadi setelah satu jam meneran.

(3) Menolong kelahiran bayi

a. Posisi ibu saat melahirkan

Ibu dapat melahirkan bayinya dalam posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang (supine position). Apapun posisi yang di pilih oleh ibu, pastikan tersedia alas kain atau sarung bersih di bawah ibu dan kemudahan untuk menjangkau semua

peralatan dan bahan-bahan yang diperlukan untuk membantu kelahiran bayi. Tempatkan juga kain atau handuk bersih di atas perut ibu sebagai alas tempat meletakkan bayi baru lahir.

b. Pencegahan laserasi

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali. Jalin kerjasama dengan ibu dan gunakan perasat manual yang tepat dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laserasi. Kerjasama akan sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5-6 cm membuka vulva karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya robekan. Bimbing ibu untuk meneran dan beristirahat atau bernafas dengan cepat pada waktunya.

Episiotomi rutin tidak dianjurkan karena dapat menyebabkan: meningkatnya jumlah darah yang hilang dan risiko hematoma, kejadian laserasi derajat tiga atau empat lebih banyak pada episiotomi rutin

dibandingkan dengan tanpa episiotomi, meningkatnya nyeri pascapersalinan di daerah perineum dan meningkatnya risiko infeksi (terutama jika prosedur PI diabaikan).

Indikasi untuk melakukan episiotomi untuk mempercepat kelahiran bayi bila didapatkan: gawat janin dan bayi akan segera dilahirkan dengan tindakan, penyulit kelahiran per vaginam (sungsang, distosia bahu, ekstraksi cunam/forsep atau ekstraksi vakum), jaringan parut pada perineum atau vagina memperlambat kemajuan persalinan.

c. Melahirkan kepala

Saat kepala bayi membuka vulva (5-6 cm), letakan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3 nya di bawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk bersih di atas perut ibu (untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir). Lindungi perineum dengan satu tangan (di bawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.

Memperhatikan perineum saat kepala keluar dan dilahirkan. Usap muka bayi dengan kain atau kasa bersih atau DTT untuk membersihkan lendir dan darah dari mulut dan hidung bayi.

Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernafas cepat. Periksa leher bayi apakah terlilit oleh tali pusat. Jika ada lilitan di leher bayi cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada dua tempat dengan jarak 3 cm, kemudian potong tali pusat diantar dua klem tersebut.

d. Melahirkan bahu

Setelah menyeka mulut, hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luas secara spontan. Letakan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, minta ibu meneran sambil menekan ke arah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati simfisis. Setelah bahu depan lahir, gerakan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat dilahirkan.

e. Melahirkan seluruh tubuh bayi

Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior) ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi tangan tersebut. Menggunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum. Tangan bawah (posterior) menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Secara simultan, tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong dan kaki. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan lainnya. Letakan bayi diatas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi lebih rendah dari tubuhnya. Segera keringkan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik.

f. Memotong tali pusat

Dengan menggunakan klem DTT, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem pada sekitar 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik

jepitan, teka tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu. Lakukan penjepitan kedua dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan pertama pada sisi atau mengarah ke ibu. Pegang tali pusat di antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT atau steril. Setelah memotong tali pusat, ganti handuk basah dan selimuti bayi dengan selimut atau kain yang bersih dan kering. Pastikan bahwa kepala bayi terselimuti dengan baik.

(4) Pemantauan selama kala II persalinan

2) Asuhan persalinan kala III

(1) Fisiologi persalinan kala III

(2) Manajemen aktif kala III

3) Asuhan persalinan kala IV

Setelah plasenta lahir: melakukan rangsangan taktil (masase uterus) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat; evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya, fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat; memperkirakan kehilangan darah secara

keseluruhan, memeriksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum; evaluasi keadaan umum ibu, dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan yang diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

(1) Memperkirakan kehilangan darah

Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi dua botol, ibu telah kehilangan satu liter darah. Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah.

Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total jumlah darah ibu (2000-2500 ml). Penting untuk selalu memantau

keadaan umum dan menilai jumlah kehilangan darah ibu selama kala empat melalui tanda vital, jumlah darah yang keluar dan kontraksi uterus.

(2) Memeriksa perdarahan dari perineum

Memperhatikan dan menemukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina. Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi di klasifikasikan berdasarkan luasnya robekan:

- a. Derajat satu: mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum.
- b. Derajat dua: mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum
- c. Derajat tiga: mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani
- d. Derajat empat; mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dinding depan rectum

(3) Pencegahan infeksi

Setelah persalinan, dekontaminasi alat plastik, tempat tidur dan matras dengan larutan klorin 0,5% kemudian cuci dengan deterjen dan bilas dengan air bersih. Jika sudah bersih, keringkan dengan kain bersih supaya ibu tidak berbaring di atas matras yang basah.

Dekontaminasi linen yang digunakan selama persalinan dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian cuci segera dengan air dan deterjen.

(4) Pemantauan keadaan umum ibu

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan terjadi selama empat jam pertama setelah kelahiran bayi. Karena alasan ini sangatlah penting untuk memantau ibu secara ketat segera setelah persalinan. Jika tanda-tanda vital dan kontraksi uterus masih dalam batas normal selama dua jam pertama pascapersalinan, mungkin ibu tidak akan mengalami perdarahan pascapersalinan. Penting untuk berada di samping ibu dan bayinya selama dua jam pertama pasca persalinan.

Selama dua jam pertama pasca persalinan:

- a. Memantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala IV. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.

- b. Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala IV. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.
- c. Pantau temperatur tubuh setiap jam dalam dua jam pertama pasca persalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai dengan apa yang diperlukan
- d. Nilai perdarahan.

2.1 KONSEP DASAR MANAJEMEN KEBIDANAN

2.1.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode memecahkan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, interpretasi data dasar, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (hidayat, 2009)

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis sistematis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur fikir bagi seorang bidan dalam memberikan

arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan dalam rangkain tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien.

2.1.2 Prinsip manajemen kebidanan

Prinsip proses manajemen kebidanan menurut Varney. Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang di keluarkan oleh American College Nurse Midwife (ACNM) terdiri dari :

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relefan dengan melakukan pengkajian yang komperhensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interprestasi data dasar
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien

4. Memberi informasi dan suport sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komperhensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan

2.1.3 Konsep Asuhan Kebidanan

Langkah I : Tahan Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara

1. Anamnesis

Dilakukan untuk mendapat biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, nifas, bio-psiko-sosial-spiritual, serta pengetahuan klien

2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi :
 - a. Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi)
 - b. Pemeriksaan penunjang (Laboratorium, radiologi/USG)

Tahap ini merupakan langkah awal yang menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang di hadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya.

1) Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang di dapat dari hasil wawancara atau anamnesa secara langsung kepada klien dan keluarga dan tim kesehatan lain. Data subyektif ini mencakup semua keluhan-keluhan dari klien terhadap masalah kesehatan yang lain. Dari hasil anamnese terhadap klien tentang masalah kesehatan yang dialami meliputi hal-hal berikut :

- a. Biodata

Biodata berisi tentang identitas klien beserta suaminya yang meliputi : Nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat

b. Keluhan utama

Ditanyakan untuk mengetahui perihai yang mendorong klien datang ke bidan. Menanyakan tentang keluhan ibu agar dapat menegakkan diagnose berdasarkan keluhan yang di sampaikan pasien. Keluhan utama pada ibu bersalin adalah : Mules pada perut dan nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah. Keluar lendir bercampur darah

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Yang perlu ditanyakan adalah apakah saat ini klien menderita suatu penyakit, kapan dan apakah sudah di periksa oleh petugas, bila sudah kapan, sudah mendapat obat atau belum, apa obatnya dan bagaimana hasilnya

2) Riwayat penyakit yang lalu

Ditanyakan apakah klien pernah menderita penyakit seperti kardiovaskuler/jantung, malaria, hepatitis, penyakit kelamin, HIV/AIDS, asma, TBC, Diabetes,

hipertensi, apakah ada keturunan kembar atau tidak.

d. Terdiri dari menarche, siklus haid, berapa lama haid, berapa banyak, bagaimana warnanya, konsistensinya, baunya, apakah merasakan nyeri apa tidak saat haid, bila ya kapan/ sebelum/sesudah haid, keputihan kalau tidak ya, kapan sebelum, selama sesudah haid atau diluar haid. Siklus haid yang normal adalah 28 ± 4 hari (24-32 hari). Jika kurang dari 24 hari disebut polymenorrhoe, 28 ± 4 hari di sebut eumonerhae dan lebih dari 32 hari di sebut ligomenorrhoe. Lamanya haid berkisar antara 3-5 hari atau dengan variasi 1-2 hari sebut hipormenohoe, 3-5 hari di sebut eumenorhoen dan jika 7-8 hari disebut sebagai hipermonorhoe (Ramadhy, 2011)

HPHT : Merupakan data dasar untuk mengevaluasi ukuran kandungan apakah cukup bulan atau premature, kemungkinan komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan.

e. Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

Apakah ada masalah selama kehamilan dan persalinan, berapa berat bayi paling besar yang pernah di lahirkan oleh ibu? lama persalinan

sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini, komplikasi kelahiran untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran dan post partum, ukuran bayi terbesar yang dilahirkan pervaginam memastikan keadekutan panggul untuk kelahiran saat ini.

Tabel 2.2 riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

N o	TGL/Bln/Th n Melahirkan	Jenis Persalinan	UK	Penolon g	Tempat	Keadaa n Bayi LH/LM/ M	JK	BB	KET
1	1998	Spontan Pervagina m	Ater m	Bidan	puskes mas	LH	Pere mpua n	270 0 gra m	Sehat
2	06-09-2007	Spontan Pervagina m	Ater m	Bidan	puskes mas	LH	Laki- laki	300 0 gra m	sehat
3	GIIPIIA0AHI I								

f. Riwayat kehamilan, persalinan sekarang

Masalah selama kehamilan, mulai kontrasepsi, gerakan janin : untuk mengkaji kesejahteraan janin, ketuban utuh atau sudah pecah : merupakan tanda menjelang persalinan dan faktor predisposisi menyebabkan peningkatan resiko intrauterine, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir

g. Riwayat Perkawinan

Ditanyakan kawin berapa kali, umur/lama perkawinan, jarak perkawinan dan kehamilan, perkawinan di usia muda, yaitu sekitar usia menarche usia resiko melahirkan BBLR sekitar 2 kali lipat setelah menarche disamping itu akan terjadi kompetisi makanan antara ibu dan janinnya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan

h. Riwayat Psikososial

Pengkajian psikososial ini membantu untuk menentukan sikap ibu terhadap kehamilan, kebutuhan akan pendidikan, sistem pendukung yang memadai untuk ibu, keyakinan budaya dan agama, status ekonomi, dan keadaan tempat tinggal serta pekerjaan ibu setiap hari

yang berat, pekerjaan yang baik untuk ibu selama hamil adalah pekerjaan yang membuat ibu capek.

i. Perilaku kesehatan

- a) Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm
- b) Konsumsi alkohol telah berhubungan dengan deficit neurologic pada bayi baru lahir dan dengan berat badan bayi rendah

j. Pola nutrisi

Bagaimana pola asupan nutrisi dari pasien, berapa kali ia makan dan minum menunya apa saja selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

k. Pola eliminasi

Berapa kali ibu BAK dan BAB satu hari sebelum berlangsungnya persalinan, bagaimana warna dan konsistensinya selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang di rasakan ada atau tidak

l. Pola istirahat

Bagaimana pola istirahat ibu selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang di rasakan ada atau tidak.

m. Pola aktivitas

Bagaimana kegiatan kecil selama hamil dan melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak. Aktivitas yang berat dapat mempengaruhi kesehatan janin

n. Pola personal Hygiene

Ibu mandi, gosok gigi dalam berapa kali sehari, keramas berapa kali dalam seminggu, ganti baju dan celana dalam berapa kali dalam sehari selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

2) Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik yang terdiri dari inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

a) Pemeriksaan umum

Untuk mengetahui data ini, bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria : lemah. Pasien dimasukan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan oranglain, serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

1. Tingkat kesadaran : Untuk mengetahui tingkat kesadaran yaitu : Composmentis : Sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya.

Apatis : Pasien tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya

Dilirum : Penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik dan siklus tidur bangun yang terganggu. Pasien tampak gaduh, gelisah, kacau, distoleransi, dan meronta-ronta.

Samnolen : Keadaan mengantuk yang masih dapat pulih bila dirangsang. Tapi bila rangsangan berhenti pasien akan tidur kembali.

Sopor : Keadaan yang mengantuk sangat dalam. Bisa dibangunkan dengan rangsangan kuat. Tapi pasien tidak bangun sempurna dan tidak dapat memberikan jawaban verbal dengan baik.

Semi koma : Penurunan kesadaran yang tidak dapat memberikan respon terhadap rangsangan verbal dan tidak dapat dibangunkan sama sekali.

Koma : Penurunan kesadaran yang sangat dalam, tidak ada gerakan spontan dan tidak ada respon terhadap rangsangan nyeri.

2. Tekanan darah : Untuk mengetahui atau mengukur tekanan darah. Batas normal tekanan darah adalah antara 90/60 mmHg sampai 130/90 mmHg
3. Suhu : Untuk mengetahui suhu basal pada ibu, suhu badan yang normal 36°C sampai 37°C

4. Nadi : Untuk mengetahui denyut nadi pasien sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat 60-90 x/menit
5. Respirasi : Untuk mengetahui frekuensi pernapasan yang di hitung dalam menit. Sedangkan respirasi pada ibu nifas post operasi cenderung lebih cepat yaitu 16-26 x/menit

b) Pemeriksaan Fisik

1. Inspeksi :

Genetalia dan anus : Warna vulva dan vagina, ada luka atau tidak, ada varises dan oedema atau tidak, haemaroid ada atau tidak

Ekstremitas bawah : Simetris atau tidak, ada varises, oedema atau tidak, ada gangguan pergerakan atau tidak.

2. Palpasi

a. Abdomen :

1) Leopold I : Untuk menentukan tinggi fundus uteri dan bagian apa yang terdapat dalam fundus

2) Leopold II : Untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil

3) Leopold III : Untuk menentukan bagian terendah janin

4) Leopold IV : Untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul

b. Pemeriksaan Perlimaan :

1) Pemeriksaan 5/5 : Kepala diatas PAP mudah di gerakan, kepala janin masih teraba lima jari diatas simpisis

2) Pemeriksaan 4/5 : Sulit di gerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul, kepala masih teraba 4 jari diatas simpisis Hodge I-II

3) Pemeriksaan 3/5 : Bagian terbesar kepala belum masuk panggul Hodge II-III

4) Pemeriksaan 2/5 : Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul, Hodge III+

5) Pemeriksaan 1/5 : Kepala di dasar panggul, Hodge III-IV

6) Pemeriksaan 0/5 : Kepala di perineum, Hodge IV

c. MC Donal dan TBBA : Untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus. Jika kepala sudah masuk PAP (Divergen) $TFU - 11 \times 155$, dan kepala belum masuk PAP (Konvergen) $TFU - 12 \times 155$.

- d. Ekstremitas : Apakah ibu ada cacat bawaan adanya oedema pada pergelangan kaki adalah normal
- e. Pemeriksaan dalam : Sebelum melakukan pemeriksaan dalam, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan dengan handuk kering dan bersih. Minta ibu untuk berkemih dan mencuci area genitalia, (jika ibu belum melakukannya) dengan sabun dan air. Jelaskan pada ibu setiap langkah yang akan dilakukan pada setiap pemeriksaan. Hal-hal yang perlu di nilai saat pemeriksaan dalam :
 - a. Vulva dan vagina : Ibu ditempatkan pada posisi yang memudahkan untuk inspeksi dan pemeriksaan dalam. Setelah daerah vulva dan vagina di persiapkan dengan baik dan pemeriksaan sudah memakai sarung tangan steril, ibu jari dan jari telunjuk memisahkan labia lebar-lebar, kemudian usap, ibu jari dan jari telunjuk satu tangan membuka labia lebar-lebar untuk menyikap muara vagina untuk mencegah jari-jari pemeriksa berkontak dengan permukaan dalam labia.

- b. Konseistensi portio : Portio menjadi tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap (10 cm)
- c. Pembukaan servik : Dilatasi servik di tentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukaan servik. Jari pemeriksa disatukan dari tepi satu serviks di satu sisi ke sisi yang berlawanan. Pembukaan (Fase laten 0-3 cm, fase aktif 4-10 cm)
- d. Air ketuban (utuh/pecah) : Ibu hamil sebaliknya diintruksikan untuk mengenal cairan yang keluar dari vagina saat proses persalinan. Bila cairan ketuban pecahnya di gunakan , masukan spekulum dengan hati-hati, dan cairan di vornik posterior. Cairan di periksa untuk mengetahui adanya warna atau mekonium.
- e. Presentasi dan posisi janin
- f. Penurunan bagian terbawah janin : Menentukan bagian terbawah janin dengan metode "zero station"
- g. Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir di gambarkan dalam hubungannya dengan spina isciadika yang terletak antara pintu atas dan pintu bawah panggul. Jika bagian terbawah janin setinggi spina isciadika keadaan ini di sebut station nol.

h. Penyusupan kepala janin atau molase

Anus : Hemoroid dapat menyebabkan perdarahan.

3. Auskultasi

DJJ terdengar jelas di punctum maksimum dibawah pusat bagian kiri atau kanan ibu. Frekuensinya normal atau tidak, kuat atau lemah, teratur atau tidak.

4. Perkusi

Reflek patella : +/+ / -/-

c) Pemeriksaan penunjang

Laboratorium :

HB : Berapa kabar Hb (gr%)

Albumin : Terdapat albumin atau tidak dalam urine

Reduksi : Terdapat glukosa atau tidak dalam urine

Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini di lakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah di kumpulkan. Data dasar tersebut kemudian di interpretasikan sehingga dapat di rumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Baik rumusan masalah maupun diagnosa keduanya harus di tangani. Meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosa, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Diagnosa kebidanan untuk persalinan normal adalah : Ibu G...P...A...AH UK....minggu, janin tunggal/gemeli, hidup/mati, intrauterine/ekstrauterine, presentasi kepala/bokong/bahu, keadaan ibu dan janin baik/tidak, inpartu kala....dengan...

Langkah III : Antisipasi masalah potensial

Pada langkah ke tiga kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial pada ibu post partum.

Langkah IV : Tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penanganan segera bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Dalam kondisi tertentu, seorang bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli klinis bayi baru lahir. Setelah bidan merumuskan hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan harus merumuskan tindakan emergensi atau darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Langkah V : Perencanaan

Menurut Wildan dan Hidayat (2008) langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang di tentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Perencanaan yang harus di pikirkan pada kasus persalinan normal adalah :

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan
2. Memantau kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf
3. Memantau tanda-tanda vital
4. Memantau keadaan janin
5. Menilai keadaan ibu dan perasaan tetang respon fisik terhadap persalinan
6. Membantu ibu memahami apakah yang sedang terjadi sehingga ibu lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan
7. Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu selama persalinan
8. Mengenali masalah secepatnya dan mengambil keputusan serta tindakan yang tepat
9. Mengatur posisi ibu selama persalinan
10. Membimbing ibu untuk rileks sawaktu ada his
11. Menjaga privasi ibu
12. Menjelaskan tentang kemajuan persalinan
13. Menjaga kebersihan diri

14. Pemenuhan cairan dan nutrisi
15. Memenuhi kebutuhan eliminasi ibu
16. Persiapan persalinan normal

Langkah IV : Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaanya dapat dilakukan seluruhnya bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan yang lain, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk menerapkan kesinambungan asuhan berikutnya (Misalnya memastikan kangkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana dan sesuai dengan kebutuhan klien.)

Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah di berikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak efektif serta melakukan penyesuain pada rencana asuhan

tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan.

Pendokumentasian data perkembangan

S : Data subyektif : Dalam proses ini dikumpulkan data subyektif, yaitu data yang di peroleh dari hasil anamnese meliputi keluhan yang dirasakan pasien.

O : Data Obyektif : Dalam proses ini dikumpulkan data obyektif, yaitu data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan umum, fisik dan pemeriksaan penunjang

A : Assesment : Dalam proses ini di tentukan hasil interpretasi data subyektif dan obtektif yang menjadi dasar untuk melakukan perencanaan dan tindakan kebidanan

P : Planning : Dalam proses ini di tentukan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi tindakan

3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sastroasmoro, 2011).

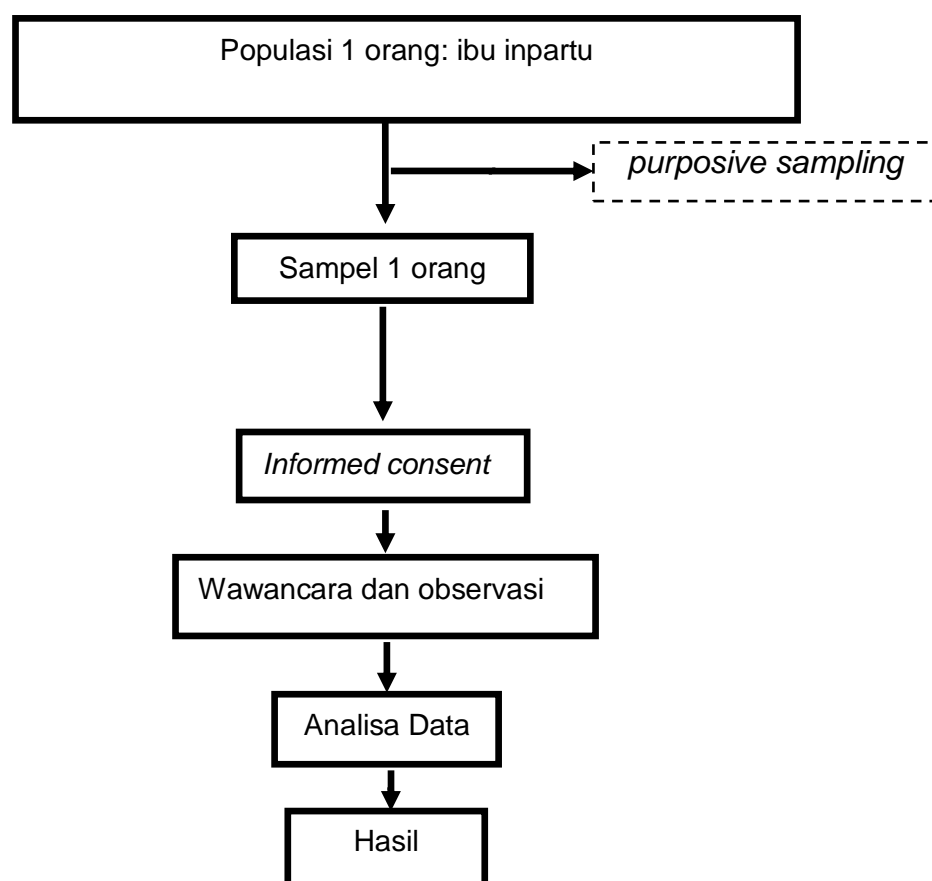
3.1.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam suatu penelitian (Riyanto, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Studi kasus menghasilkan data untuk selanjutnya dianalisis untuk menghasilkan teori.

3.2 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat,2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka kerja penelitian kasus pada ibu inpartu kala 1 fase laten.

3.3 Populasi Sampel dan Sampling

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi pada penelitian ini adalah seorang ibu inpartu kala II fase aktif dirawat di ruangan bersalin (VK) Puskesmas Sikumana pada tanggal: 07-11 Agustus 2015.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005).

Sampel pada penelitian ini adalah seorang ibu inpartu kala II fase aktif dirawat di ruangan bersalin (VK) Puskesmas Sikumana pada tanggal 07- 11 Agustus 2015.

3.3.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2010). Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada

pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011).

3.4 Pengumpulan Data dan Analisa data

3.4.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses *pengumpulan* karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011).

Pengumpulan data menggunakan format pengkajian.

3.4.2 Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat izin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan ketua *Prodi* Kebidanan untuk studi kasus dilahan ditujukan kepada Kepala Puskesmas Sikumana, kemudian tembusan untuk kepala Ruangan Bersalin (VK). Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, data yang telah didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.4.3 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara dan observasi. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*), (Notoatmodjo, 2010). Observasi merupakan suatu metode untuk mengamati dan memahami perilaku seseorang atau kelompok orang dalam situasi tertentu.

Lembar pengkajian terdiri dari data subyektif dan obyektif. Untuk mendapatkan data subyektif maka dilakukan anamnesa atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan beberapa pertanyaan, sedang untuk data obyektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

3.4.4 Tempat dan Waktu Pelaksanaan Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Puskesmas Sikumana.

Waktu penelitian pada tanggal 07 s/d 11 Agustus 2015.

3.4.5 Analisa Data

Analisa data secara kualitatif

3.5 Etika Penelitian

Masalah penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antaralain :

1) *Informed consent* (persetujuan).

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antaralain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2) *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama

responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3) Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2010).

BAB IV
TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY Y.S UMUR 34 TAHUN GIIPIIA0, UK:36-37
MINGGU JANIN TUNGGALHIDUP, INTRAUTERIN, PRESENTASI KEPALA,
INPARTUKALA II FASE AKTIF, KEADAAN UMUM IBU DAN JANIN BAIK,
DI RUANGAN BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG
TANGGAL 07 S/D 11 AGUSTUS TAHUN 2015

4.1 PENGKAJIAN

Nama pengkaji :DIAN ESTERIA PUAY

Tgl masuk RS :07-08-2015 Jam masuk :09.50 wita

Tgl pengkajian :07-08-2015 Jam pengkajian :11.00 wita

Tempat pengkajian:Klinik Bersalin Puskesmas sikumana

A. DATA SUBJEKTIF

a. BIODATA

Nama istri	: Ny. Y.S	Nama Suami	: Tn. M
Umur	:34 Tahun	Umur	:35 Tahun
Agama	:Khatolik	Agama	: Khatolik
Suku/bangsa	:Timor/Indo	Suku/bangsa	:Timor/Indo
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	:IRT	Pekerjaan	: SWASTA
Penghasilan	: -	Penghasilan	: -

Alamat rumah : Jl. Sukun 2 oepura Alamat rumah: Jl Sukun 2
oepura

Keluhan utama : ibu merasakan sakit pada pinggang menjalar ke perut
bagian bawah dan keluar lendir darah, sejak tanggal
06/08/2015, jam: 17.00 wita.

b. Riwayat haid

- i) Menarche : 12 Tahun
- ii) Siklus : 28 Hari
- iii) Lamanya darah : 5-6 Hari
- iv) Sifat darah : Encer
- v) Nyeri haid : Tidak Ada
- vi) HPHT : 15-11-2014
- vii) TP : 22-08-2015

c. Riwayat perkawinan

- Status perkawinan : Sah
- Lamanya kawin : 15 Tahun
- Umur pada saat kawin pertama : 23 Tahun
- Berapa kali kawin : 1 kali

d. Riwayat kehamilan yang lalu

- i) Pergerakan anak dirasakan sejak : 4 Bulan
- ii) ANC berapa kali : 6 Kali
- iii) Tempat ANC : Puskesmas sikumana

iv) obat-obatan yang diminum : Sf 1x1 (200 mg) Kalk 1x1 (500 mg), Vitamin c 1x1 (50mg)

v) imunisasi TT1 : Sudah Lengkap

vi) imunisasi TT2 : Sudah Lengkap

e. Riwayat persalinan yang lalu

N o	TGL/Bln/Th n Melahirkan	Jenis Persalinan	UK	Penolon g	Tempat	Keadaa n Bayi LH/LM/ M	JK	BB	KET
1	1998	Spontan Pervagina m	Ater m	Bidan	puskes mas	LH	Pere mpua n	270 0 gra m	Sehat
2	06-09-2007	Spontan Pervagina m	Ater m	Bidan	puskes mas	LH	Laki- laki	300 0 gra m	sehat
3	GIIPIIA0AHI I								

f. Riwayat keluarga berencana

i).KB yang pernah digunakan : hormonal (pil)

- ii). Lamanya : 2 Tahun (2013)
- iii).Efek samping : Berat Badan Bertambah
- iv). Alasan berhenti : Ingin Mempunyai Anak

g. Riwayat kesehatan

Penyakit Yang Pernah Diderita

- i) Jantung : Tidak Ada PMSHIV/AIDS
:Tidak Ada
- ii) Hipertensi: Tidak Ada Apakah pernah transfusi
:Tidak Ada
- iii) Hepatitis : Tidak Ada Apakah pernah operasi :
Tidak Ada
- iv) Jiwa :Tidak Ada Apakah pernah alergi obat :
Tidak Ada
- v) Campak : Tidak Ada Apakah pernah MRS
:Tidak Ada
- vi) Varisela : Tidak Ada Apakah pernah kecelakaan
: Tidak Ada
- vii) Malaria : Tidak Ada Lain-lain :
Tidak Ada

h. Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

- i) Jantung :Tidak Ada PMS/HIV/AIDS : Tidak Ada
- ii) Hipertensi :TidakAda Apakah pernah transfuse : Tidak
Ada

- iii) Hepatitis :Tidak Ada Apakah pernah operasi : Tidak Ada
- iv) Jiwa :Tidak Ada Apakah pernah alergi obat : TidakAda
- v) Campak : Tidak Ada Apakah pernah MRS : Tidak Ada
- vi) Varicela : Tidak Ada Apakah pernah kecelakaan :Tidak Ada
- vii) Malaria : Tidak Ada Lain-lain : Tidak Ada

i. Keadaan psikososial

- i) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan: ibu dan keluarga merasa senang dengan kehamilan ini
- ii) Dukungan keluarga: baik,keluarga mengantar ibu memeriksakan kehamilanya
- iii) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari : mencuci,menyapu,mengepel, dan memasak
- iv) Jenis kelamin yang diharapkan: laki-laki dan perempuan sama saja
- v) Pengambil keputusan dalam keluarga : suami

j. Perilaku kesehatan

- i) Rokok : Tidak Pernah
- ii) Konsumsi obat terlarang : Tidak Pernah
- iii) Minum kopi : Tidak Pernah

k. Latar belakang budaya

- i) kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan
- ii) pantangan makanan : Tidak Ada

iii) kepercayaan yang berhub. dengan persalinan : Tidak Ada

iv) kepercayaan yang berhub. Dengan nifas : Tidak Ada

I. Riwayat seksual

i) Apakah ada perubahan pola hubungan seksual:

(1) TM I : Tidak Ditanyakan

(2) TM II : Tidak Ditanyakan

(3) TM III : Tidak Ditanyakan

ii) Apakah ada penyimpangan atau kelaianan seksual: Tidak
Ditanyakan

m.Riwayat diet atau makanan

i) Jenis makanan pokok : Nasi

ii) Porsinya : 1-2 porsi

iii) Lauk pauk : sayur, ikan, tempe, tahu

iv) Minum air dan susu : ya

v) Keluhan : Tidak Ada

n. Riwayat pola eliminasi

i) BAK

a). Frekuensi : 4-5 kali/hari

b). Bau : khas amoniak

c). Keluhan : tidak ada

ii) BAB

a) Frekuensi : 1 kali/hari

b) Bau : khas feses

- c) Konsistensi : lunak
- d) Keluhan : tidak ada

o. Riwayat pola istirahat

- i) tidur siang : \pm 1-2 jam/hari
- ii) tidur malam : \pm 7-8 jam/hari
- iii) keluhan : tidak ada

p. Riwayat kebersihan diri

- i) Mandi : 2 kali/hari
- ii) Sikat gigi : 2 kali/hari
- iii) Ganti pakaian dalam : 2 kali/hari
- iv) Ganti pakaian luar : 2 kali/hari
- v) Perawatan payudara : setiap kali mandi menggunakan
kapas dan
minyak kelapa

B. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan umum

- i) Keadaan umum : Baik
- ii) Kesadaran : Compos Mentis
- iii) Bentuk tubuh : Lordosis
- iv) Ekspresi wajah : meringis kesakitan
- v) Tanda-tanda vital :
- Suhu : 36,5°C TD: 120/90 mmHg

Nadi : 80X/menit RR: 20X/menit

- vi) TB : 160 cm
- vii) BB sebelum hamil : 48 kg
- viii) BB saat hamil : 53 kg
- ix) LILA : 26 cm

b. Pemeriksaan fisik

i) Inspeksi

- a) Kepala : tidak ada kelainan
- b) Rambut : bersih
- c) Wajah
 - (1). Bentuk : bulat
 - (2). Pucat : tidak ada
 - (3). Cloasma gravidarum : tidak ada
 - (4). Oedema : tidak ada
- d) Mata
 - (1). Conjunctiva : merah muda
 - (2). Sclera : putih
 - (3). Oedema : tidak ada
- e) Mulut
 - (1). Mukosa bibir : lembab
 - (2). Warna kulit : merah muda
 - (3). Stomatitis/sariawan : tidak ada
- f) Gigi : tidak ada caries

g) Tenggorokan

(1). Warna :merah muda

(2). Tonsil : tidak ada pembesaran

h) Leher

:tidak ada pembendungan vena

jugularis, pembesaran kelenjar

limfe

dan pembengkakan kelenjar tiroid

i) Dada

(1). Bentuk :simetris

(2). Mamae : membesar

(a) Bentuk : simetris

(b) Areola : hiperpigmentasi

(c) Putting : mennjol

(d) Colostrum :ada

j) Perut

(1). Bentuk : bulat

(2). Linea nigra : tidak ada

(3). Strie albicans / alba : tidak ada

(4). Bekas luka operasi : tidak ada

k) Ekstremitas

(1). Bentuk : simetris

(2). Varices : tidak ada

(3). Oedema : tidak ada

I) Vulva vagina dan anus

- (1). Bentuk : normal
- (2). PPV : ada
- (3). Varises : tidak ada
- (4). Haemoroid : tidak ada

ii) Palpasi

a). Leher : tidak ada pembendungan vena jugularis, pembesaran kelenjar limfe dan pembengkakan kelenjar tiroid

b). Dada : simetris

c). Perut : membesar sesuai usia kehamilan

Leopold I : tinggi fundus uteri 3 jari bawah px (32cm), pada fundus teraba agak bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : pada bagian kiri perut teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kiri), pada bagian kiri teraba bagian kecil janin (ekstremitas)

Leopold III : pada bagian bawah teraba keras, bulat dan melenting (kepala)

Leopold IV : (Divergen) kepala sudah masuk PAP

Mc Donald : 32 cm

TBBA : 3100 gram

iii) Auskultasi : terdengar jelas dan teratur pada perut bagian kanan frekuensi 138X/menit

iv) Perkusi : refleks patela ka +/- ki +

c. Pemeriksaan dalam

Tanggal : 07-08-2015 jam :09.52 wita Oleh :bidan

i) Vulva : tidak ada kelainan

ii) Vagina : tidak ada kelainan

iii) Portio : tidak teraba

iv) Pembukaan : 10 cm

v) Kantong ketuban : utuh

vi) Bagian terendah : kepala

vii) Posisi : UUK depan

viii) Turun hodge : IV

d. Pemeriksaan laboratorium

i) Urine

a) Reduksi : tidak dilakukan

b) Albumin : tidak dilakukan

ii) Darah

a) HB : tidak dilakukan

b) Golongan darah : tidak dilakukan

e. Pemeriksaan khusus

i) USG : tidak dilakukan

ii) Roentgen : tidak dilakukan

4.2 ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnose/masalah	Data dasar
<p>Diagnosa:</p> <p>Ny. Y.S Umur 34 tahun GIII PII A0 AHII, UK: 37-38 minggu,janin tunggalhidup, intrauterin, presentasi kepala, keadaan umum ibu dan janin baik inpartu kala 2 fase aktif.</p>	<p>Data subyektif:</p> <p>Ibu mengatakan sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan keluar lendir bercampur darah sejak tanggal: 11/08/2014, jam: 12.00 wita, HPHT : 15/11/2014</p> <p>Data obyektif:</p> <p>Tanggal MRS : 07-08-2015</p> <p>TP : 22/08/2014</p> <p>Keadaan umum : baik,</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : TD : 120/90 mmHg</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>i) Mata</p> <p>Inspeksi : Kelopak mata : tidak oedema, penglihatan : normal, konjungtiva merah muda, sclera putih.</p> <p>ii) Dada</p> <p>Inspeksi:</p> <p>1) Bentuk : simetris</p> <p>2) Areola mammae :ada Hiperpigmentasi</p> <p>3) Puting susu :menonjol</p> <p>Palpasi</p>

	<p>a) Colostrums : ada pada kedua payudara</p> <p>b) Nyeri tekan : tidak ada</p> <p>c) Massa/benjolan: tidak ada</p> <p>iii) Abdomen</p> <p>1) Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi, ada striae albicans.</p> <p>2) Palpasi</p> <p>Leopold I:</p> <p>TFU 3 jari dibawah px , teraba lunak, tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopold II:</p> <p>pada bagian kanan teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kanan), dan pada bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin.</p> <p>Leopold III :</p> <p>pada bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak melenting (kepala)</p> <p>Leopold IV:</p> <p>divergen, penurunan kepala 4/5</p> <p>McDonald : 32 cm</p> <p>TBBA : 3100 cm</p> <p>Jam : 09:50 wita</p> <p>His: 2x3/10menit, lamanya 30-35 detik</p> <p>3) Auskultasi</p> <p>Frekuensi : 138 x/menit</p> <p>Denyut jantung terdengar jelas, kuat, teratur, disebelah kanan bawah pusat.</p> <p>iv) Vulva dan vagina</p> <p>1) Inspeksi : tidak ada oedema dan varices</p>
--	---

	<p>2) Tanggal : 07/08/2015</p> <p>Jam : 09:52 wita</p> <p>VT : vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tipis, pembukaan 9-10 cm, kantong ketuban utuh, molase tulang kepala tidak saling tumpang tindih, kepala turun hodge IV</p> <p>DS : ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar keperut bagian bawah.</p>
--	---

4.3 ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

4.4 TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

4.5 PERENCANAAN

Tanggal : 07/08/2015

Jam : 10:00 wita

Diagnosa: Ny.Y.S Usia:34 tahun, GIII PII A0 AHII, UK:37-38 minggu,janin tunggal hidup,intrauterin, presentasi kepala,inpartu kala II fase aktif,keadaan umum ibu dan janin baik

I. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu dan janin.

R/ Informasi yang jelas merupakan hak ibu, agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan

II. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman

R/ Lingkungan yang aman dan nyaman menjaga privasi ibu

III. Observasi persalinan melalui lembar observasi

R/ lembar observasi sebagai indikator untuk menilai keadaan umum ibu dan janin, kemajuan persalinan dan keadaan patologi yang timbul pada ibu dan janin dan dibuat.

IV. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan sekitar ruangan

R/ agar mempercepat penurunan kepala janin

V. Anjurkan ibu untuk minum dan makan

R/ Minum dan makan yang cukup selama persalinan memberi energy dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi

VI. Anjurkan ibu untuk BAB dan BAK

R/kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan kepala

VII. Siapkan alat dan bahan sesuai saff

R/ Persiapan alat dan bahan yang lengkap memudahkan dalam proses persalinan.

4.6 PELAKSANAAN

Tanggal : 07/08/2015

Jam :10:10 wita

Diagnose : Ny.Y.S Usia:34 tahun GIII PII A0 AHII, UK:37-38 minggu,janin tunggal hidup,intrauterin, presentasi kepala,inpartu kala II fase aktif,keadaan umum ibu dan janin baik

- I. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu dan janin
M/ Ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan
- II. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
M/ Sampiran terpasang, pintu tertutup
- III. Mengobservasi persalinan melalui lembar observasi
M/Lembar observasi terlampir
- IV. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan sekitar ruangan
M/ ibu jalan-jalan di sekitar ruangan bersalin
- V. Menganjurkan ibu untuk minum dan makan
M/minum dan makan yang cukup selama persalinan memberi energi dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi
- VI. Menganjurkan ibu untuk BAK dan BAB
M/kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan kepala
- VII. Siapkan alat, bahan dan obat-obatan

M/ a).Saff I

Partus set berisi : klem steril 1 pasang, gunting tali pusat 1 buah, kasa secukupnya, pengikat tali pusat, handscoen 1 pasang, ½ koher 1 buah, handscoen 1 pasang.

Hecting set berisi: pingset 2 pasang, nalfuder 1 buah, kasa 6 buah, handscoen 1 pasang.

Kapas sublimat, air DTT, handzanitizer, obat-obatan: oxytosin 1 ampul, aquades steril, spuit 3 cc, 5 cc, 10 cc, clorin spray, korentang pada tempatnya.

b). Saff II

- (1) Tempat plasenta
- (2) Tensi meter
- (3) Stethoscope
- (4) Wadah berisi larutan clorin 0,5 %
- (5) Sarung tangan steril dan ketetr steril
- (6) Thermometer

c).Saff III

- (1) perlengkapan ibu
- (2) perlengkapan bayi
- (3) infuse set
- (4) plastic pakayan kotor
- (5) peralatan APD

4.7 EVALUASI

Tanggal :07/08/2015

Jam :10:20 wita

Diagnosa : Ny.Y.S Usia:34 tahun GIII PII A0 AHII, UK:37-38 minggu,janin tunggal hidup,intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala II fase aktif,keadaan umum ibu dan janin baik.

- I. Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang di berikan mengenai keadaan ibu dan janin
- II. Lingkungan sudah aman dan nyaman,pintu dan tirai sudah tertutup
- III. Lembar observasi terlampir
- IV. Ibu mau mengikuti anjuran yang di berikan yaitu jalan-jalan di sekitar ruangan
- V. Ibu mengerti dengan anjuran yang di berikan yaitu makan dan minum
- VI. Ibu mengerti dengan anjuran yang di berikan yaitu BAB/BAK bila ingin
- VII. Alat dan bahan sudah di siapkan sesuai saff

Jam : 10:25 wita

S : ibu merasakan sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah

O : TTV: TD:120/80 mmHg, S:36,7°C, RR:20X/mnt N: 82 X/mnt, DJJ: 140 X/mnt, His: 3X 10 menitlamanya 35-40 detik, VT: vulva dan vagina tidak ada kelainan, vagina ada keluar lendir bercampur darah, portio tebal lunak, pembukaan 5 cm,kantong ketuban utuh, presentasi ubun ubun kecil depan, molase tidak ada, kepala turun hodge II-III

A : Ny.Y.S Usia:34 tahun GIII PII A0 AHII, UK:37-38 minggu,janin tunggalhidup,intrauterin, presentasi kepala,inpartu kala II fase aktif,keadaan umum ibu dan janin baik

P :

1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu dan janin;ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan tentang hasil pemeriksaan.
2. Menciprakan lingkungan yang aman dan nyaman
3. mengobservasi persalinan melalui partograf; partograf terlampir
4. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan di sekitar ruangan.
5. Menganjurkan ibu untuk minum dan makan;Ibu makan dan minum: jam ibu makan nasi 1 piring dan minum teh manis 1 gelas
6. menganjurkan ibu BAB dan BAK

Jam: 10:30 wita

Kala II

S : ibu merasakan sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah semakin sering dan teratur ada keinginan untuk meneran.

O :His: 4X 10 menitlamanya 40-45 detik, DJJ:138x/menit,KK pecah spontan jernih,ada tanda-tanda kala II yaitu:doran, teknus, perjol, vulka.VT: vulva dan vagina tidak ada kelainan, vagina ada keluar lendir bercampur darah, portio tidak teraba, pembukaan 9

cm, kantong ketuban negatif, presentasi ubun ubun kecil depan, molase tidak ada, kepala turun hodge IV.

A : Ny.Y.S Usia:34 tahun GIII PII A0 AHII, UK:37-38 minggu, janin tunggalhidup, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala II fase aktif, keadaan umum ibu dan janin baik

P :

1. Memastikan kelengkapan alat, bahan dan obat-obatan
2. Memakai APD (kecuali handscoon); APD sudah di gunakan (topi, kaca mata, masker, celemek, sepatu both)
3. Cuci tangan dibawah air mengalir
4. Meminta ibu untuk memilih pendamping persalinan; ibu memilih suami untuk menjadi pendamping selama persalinan.
5. Meminta bantuan keluarga atau suami untuk mengatur posisi meneran sesuai keinginan ibu; yaitu posisi setengah duduk .
6. Melakukan pimpin persalinan pada saat his, memberi semangat dan puji, menganjurkan ibu untuk istirahat dan minum di antara kontraksi
7. Letakkan handuk yang bersih diatas perut ibu (untuk mengeringkan bayi)
8. Saat kepala mulai membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakan kain alas bokong untuk sokong perineum ibu.

9. Membuka partus set dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan dan perhatikan kembali kelengkapan alat; sarung tangan sudah di gunakan dan alat sudah lengkap.
10. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan tangan kanan yang dialasi kain dan tangan kiri diletakkan di kepala bayi dengan tekanan lembut dan membiarkan kepala bayi lahir perlahan-lahan anjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
11. Memeriksa adanya kemungkinan lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai, jika hal itu tidak terjadi segera lanjutkan proses kelahiran bayi; tidak ada lilitan tali pusat
12. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
13. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi, dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal sehingga bahu depan muncul di arkus pubis, kemudian gerakan ke atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
14. Setelah kedua bahu lahir geser tangan bawah ke arah perineum ibu, menyanggah kepala, lengan, siku bagian bawah, gerakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan sebelah atas.

15. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki (masukan jari telunjuk diantara mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

Jam 10.00 wita partus spontan letak belakang kepala, Lakukan penilaian sepintas, yaitu: bayilangsungmenangis, bernafasspontaneus, tonus otot baik, warna kulit kemerahan,

16. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya, kecuali tangan tanpa membersihkan verniks kaseosa, ganti handuk basah dengan handuk yang kering biarkan bayi diatas perut ibu sambil melakukan rangsangan taktil

17. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus

18. Beritahu ibu bahwa akan disuntikan oxytosin 10 IU/IM, agar uterus berkontraksi dengan baik.

19. Menyuntikan oxytosin 10 IU/IM 1/3 di paha atas bagian distal lateral

20. Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi kemudian mendorong isi tali pusat kearah distal dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama

21. Memotong dan mengikat tali pusat

22. Meletakkan bayi agar kontak kulit dengan ibunya selama 1 jam.

Jam: 10:35 wita

Kala III

S: ibu mengatakan setelah bayi lahir, perutnya mules, merasa ada pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak

O: keadaannumum: baik, tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, plasenta belum lahir, kontraksi uterus baik

A: kala III

P:

1. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 6-10 cm dari vulva
2. Meletakkan 1 tangan diatas perut ibu yang alasi kain pada tepi atas simphysis, tangan yang lain meregangkan tali pusat.
3. Saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan kiri mendorong uterus kearah belakang atau atas (dorso cranial)
4. Lakukan peregangan dengan tangan kanan dan dorso cranial dengan tangan kiri sehingga plasenta lepas, meminta ibu untuk meneran sambil penolong meregangkan tali pusat dengan 1 arah sejajar lantai dengan tangan kanan dan kemudian kearah atas sambil mengikuti poros jalan lahir.
5. Saat plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan; pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadahnya;

Jam 10:37 wita plasenta lahir spontan.

6. Memeriksa kelengkapan plasenta; plasenta lengkap, ada sisa selaput, kontraksi uterus baik, perdarahan \pm 100cc, insersi marginalis
7. Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus dengan telapak tangan dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi lakukan masasse setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua.
8. Mengevaluasi kemungkinan adanya laserasi; tidak ada laserasi

Jam: 10:40 wita

Kala IV

S:

1. Ibu mengatakan legah dan senang telah melahirkan anaknya
2. Ibu merasa sedikit mules pada perutnya

O:Kontraksi uterus: baik, TFU: 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, tidakada perdarahan pervaginam; tidakadarobekan

A: kala IV

P:

1. Memeriksa kontraksi uterus, uterus baik,tidak terjadi perdarahan
2. Membiarkan bayi diatas perut ibu untuk melakukan kontak kulit selama satu jam.

3. Setelah satu jam, melakukan penimbangan, pengukuran panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar perut, dan memberikan saleb mata dan vitamin K: 0,5 mg dipaha kiri; BB: 3000 gram, PB: 49 cm, LK: 32 cm, LD: 33 cm, LP: 32 cm
4. Imunisasi HB0 diberikan setelah satu jam perawatan bayi dan pemberian vitamin K; HBO sudah diberikan di paha kanan
5. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
6. Mengobservasi dan mengidentifikasi jumlah kehilangan darah; jumlah darah ± 100 cc
7. Memeriksa Nadi, Suhu, tekanan darah, his ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama dan 30 menit setelah jam kedua pascasalin; hasil sudah terlampir di partograf
8. Periksa kembali kondisi bayi, memastikan bayi bernafas dengan baik dan suhu tubuh bayi normal ; bayi dalam keadaan baik nafas dan suhu tubuh 36,5 °c.
9. Menempatkan semua alat bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi selama 10 menit, Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
10. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
11. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT, membantu ibu memakai baju ; ibu sudah bersih dan sudah mengenakan pakaian.

12. Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga memberikan ibu makan dan minum.
13. Mendekontaminasikan tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%;
14. Mencelupkan sarung tangan yang kotor kedalam larutan klorin 0,5%, secara terbalik dan rendam selama 10 menit; sarung tangan sudah di rendam dalam larutan clorin 0,5%.
15. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
16. Melengkapi partograf; partograf sudah terlam

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal	Jam	Data dasar	Paraf
07-08- 2015	10.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan merasa mules pada perut bagian bawah</p> <p>O : Keadaan umum : baik</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>TTV : TD:120/80mmHg N: 80x/menit</p> <p>S: 36,5 °C RR: 20x/menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, loche rubra, 1 kali ganti pembalut, kandung kemih kosong</p> <p>A : PIIIAOAHIII post partum 2 jam</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal , keadaan umum ibu baik 2. Beritahu ibu mengenai tanda- 	

		<p>tanda bahaya masa nifas seperti demam, merasakan pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak, dll. Ibu tidak mengalami tanda-tanda bahaya masa nifas.</p> <p>3. Ajarkan ibu teknik menyusui yang baik dan benar. Badan bayi menghadap ke dada ibu, tangan ibu dan dada bayi berada pada satu garis lurus, dagu bayi menempel pada payudara ibu, bayi tampak mengisap dengan tenang, menjaga kontak mata antara ibu dan bayi.</p> <p>4. Observasi pengeluaran pervaginam</p> <p>5. Ajarkan ibu untuk minum obat sesuai dosis</p> <p>Amoxilin 3x500 mg/per oral</p>	
--	--	---	--

		<p>SF 1x 200mg / per oral</p> <p>Paracetamol 1x500mg/oral</p> <p>Vitamin A 1x1 tablet,</p> <p>Vit C1x 50 mg</p> <p>6. Anjarkan ibu makan teratur seperti, nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan,telur,daging,tahu,tempe)</p>	
08-08-2015	17.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan Tidak ada keluhan</p> <p>O : Keadaan umum : baik</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>TTV : TTV: TD:120/80mmHg N: 80x/menit S: 37,6 °C RR: 21x/menit.</p> <p>Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, loche rubra, 1 kali ganti pembalut, kandungn kemih kosong</p> <p>A :PIIIA OAHIII post partum nornal hari ke 1</p>	

		<p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pada ibu untuk merawat luka perineum dengan mengganti kassa dan memberikan betadin. 2. Ajarkan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya masa nifas seperti demam, merasakan pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak, dll. Ibu tidak mengalami tanda-tanda bahaya masa nifas. <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan ibu menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genetalia sesudah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih dan sabun. 2. Ajarkan pada ibu untuk makan makan yang bergizi yang mengandung protein 	
--	--	--	--

		seperti kacang-kacangan, telur dan ikan 3. Persiapkan administrasi untuk kepulangan ibu	
--	--	--	--

KUNJUNGAN RUMAH

Tgl/jam		Paraf
	SOAP	
09-08- 2015/10.10 wita	<p>S : Ibu mengatakan sudah melahirkan anak ketiganya dan masih merasa nyeri</p> <p>O : Keadaan Umum: baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>TTV</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N:80 x/menit</p> <p>S:36,8⁰c</p> <p>RR :20 x/menit</p> <p>A : Ny. Y. S usia 34 tahun dengan pospartum</p> <p>P :</p> <p>1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada keluarga tentang keadaan ibu, keluarga mengerti</p>	

	<p>dengan informasi yang diberikan.</p> <p>2. Menganjurkan keluarga untuk memberi makanan yang bergizi kepada ibu, keluarga mengerti dengan anjuran yang diberikan.</p> <p>3. Menganjurkan ibu untuk minum obat teratur yang di berikan, ibu mengerti dan sudah melakukan.</p> <p>4. Menyampaikan kepada ibu untuk tetap merawat tali pusat bayinya, ibu mengerti dengan informasi yang di sampaikan.</p>	
<p>10-08-2015/10.00</p> <p>WITA</p>	<p>S : ibu mengatakan masih merasakan nyeri di bagian jalan lahir</p> <p>O : KU : baik</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : TD :120/70mmHg S : 36,5⁰c, RR : 18x/m, N :80x/m,</p> <p>A : ibu dengan postpartum</p> <p>P :</p> <p>1. menyampaikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan ibu, ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan.</p> <p>2. Menganjurkan ibu untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, ibu mengerti dan mau melakukan cuci tangan sebelum makan.</p> <p>3. Menganjurkan ibu untuk terus menyusui bayinya</p>	

	<p>setiap 2 jam, ibu mengerti dengan informasi yang disampaikan.</p> <p>4. Menganjurkan ibu untuk istirahat 1-2 jam, ibu mengatakan sudah melakukan.</p> <p>5. Menganjurkan ibu agar tetap merawat tali pusat bayi, ibu mengerti dengan informasi yang di sampaikan.</p>	
<p>11-08- 2015/10.50 WITA</p>	<p>S : ibu mengatakan sudah mulai membaik dan tali pusat bayinya sudah kering</p> <p>O : KU :baik</p> <p>TTV</p> <p>TD : 120/80 mmHg : 36,5⁰c, N : 80 x/m, RR : 18 x/m,</p> <p>A : Ny. Y.S usia 34 tahun dengan pospartum</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menyampaikan pada keluarga tentang keadaan ibu dan bayi, keluarga mengerti dengan informasi yang disampaikan. 2. Tali pusat bayi sudah mulai mengering. 3. Menganjurkan ibu untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah menyusui bayinya, ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan dan akan melakukannya 	

	<p>4. Tali pusat bayi sudah mulai mengering.</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk menggunakan KB setelah 40 hari</p>	
<p>11-08- 2015/10.30 WITA</p>	<p>S : ibu mengatakan bahwa ibu sudah membaik dan sudah bisa BAK/BAB</p> <p>O : KU : baik</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>TTV:</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N:80 x/menit</p> <p>S:36,7⁰c</p> <p>RR :20x/menit</p> <p>A : Ny. Y.S. usia 34 tahun dengan postpartum</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan pada keluarga tentang keadaan ibu dan bayinya, keluarga mengerti dengan informasi yang disampaikan. 2. Menyampaikan kepada ibu agar bayinya di bawa ke puskesmas agar mendapatkan perawatan lanjutan, ibu mengerti dengan informasi yang di sampaikan. 3. Memantau pola tidur ibu dan menganjurkan untuk menciptakan suasana yang nyaman, ibu 	

	<p>dapat tidur 1-2 jam.</p> <p>4. Menganjurkan ibu untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah menyusui bayinya, ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan dan akan melakukannya.</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola makan dan tidur, ibu mengerti dengan informasi yang di sampaikan dan akan melakukannya.</p>	
--	---	--

BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas antara teori dan konsep dasar penerapan manajemen kebidanan pada ibu inpartu normal Di Klinik Bersalin Puskesmas sikumana Tanggal 07-08-2015

5.1 Pengkajian

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap dan akurat yaitu: identitas, alasan datang, riwayat pernikahan, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan lalu, riwayat penyakit keluarga, riwayat menstruasi, riwayat seksual, riwayat KB, pemeriksaan fisik yang terdiri dari: pengukuran fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan umum, dan pemeriksaan penunjang (Varney,2008).

Sesuai dengan teori varney, langkah pertama yang di lakukanya itu pengumpulan data yang meliputi data subjektif dan data objektif, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan lab. Informasi ini didapat dari pasien, keluarga pasien, dan tenaga kesehatan, serta di dapat dari pemeriksaan fisik, langsung terhadap pasien. Berdasarkan teori menurut Wiknjosastro (2002), tanda-tanda persalinan yaitu rasa sakit di karenakan adanya his yang adekuat, sering, teratur adanya lendir, dan darah dari jalan lahir yang di sebabkan oleh robekan-

robekan kecil pada serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya.

Jadi pada kasus Ny Y.S, ibu merasakan sakit karena adanya his yang adekuat, sering dan teratur, ada pengeluaran lendir dan darah dari jalan lahir yang di sebabkan karena adanya robekan-robekan kecil pada serviks..

5.2 Analisa Masalah dan Diagnosa

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan (Varney, 2008).

Pada langkah ini dilakukan analisa masalah dan diagnosa sehingga akan ditegakkan diagnosa yang tepat dan akurat dari data yang sudah ada, secara teoritis sangat mudah menegakkan diagnosa ibu yang ingin bersalin yaitu dengan melihat lendir dan darah yang keluar dari jalan lahir.

Dari data diatas dapat di tegakkan diagnosa pada Ny Y.S yaitu GIII PII A0 AHII, Usia kehamilan 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala keadaan jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik inpartu kala II fase aktif, tidak dilakukan pemeriksaan penunjang, tapi pemeriksaan lain yang telah dilakukan sangat mendukung diagnosa yang telah ditegakkan. Sedangkan masalahnya gangguan rasa nyaman karena nyeri.

5.3 Diagnosa Potensial

Pada langkah ini dilakukan pemeriksaan terhadap ibu untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya keadaan kegawat daruratan yang berpotensi akan terjadi kepada ibu misalnya perdarahan, namun pada kasus Ny.Y.S, berdasarkan analisa masalah tidak ada potensial kegawat daruratan yang terjadi.

5.4 Tindakan Segera

Berdasarkan kasus yang telah diteliti oleh penulis, pada kasus Ny. Y.S, tidak ada kegawat daruratan yang mengancam nyawa ibu dan janin, sehingga tidak diperlukan tindakan segera.

5.5 Perencanaan

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut (Varney,2008).

Pada langkah ini difokuskan kepada asuhan yang akan diberikan kepada ibu, sebelum asuhan di implementasikan kepada ibu, harus ada pembahasan bersama klien, dan langkah ini disusun sistematis dan sesuai dengan kebutuhan ibu.

5.6 Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut (Varney,2008).

Langkah ini merupakan kelanjutan dari perencanaan, langkah ini memberi asuhan yang dibutuhkan oleh ibu yang menyeluruh sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat.

5.7 Evaluasi

Langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa damasalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif, sedangkan sebagian lain belum efektif. Mengingat proses manajemen keasuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif, serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. Pada langkah ini,

bidan menilai apakah setiap asuhan yang diberikan kepada ibu, sesuai dengan kebutuhan yang diharapkan. Pada langkah ini bidan mengevaluasi setiap tindakan yang telah diberikan. Dan hasil evaluasi yang didapat pada klinik bersalin puskesmas sikumana, tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dan praktek.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. Y.S usia 34 tahun GIII PII A0 AHII, UK: 37-38 minggu, janin tunggal, hidup, Intra uterin, presentasi kepala, kepala sudah masuk PAP, inpartu kala II fase aktif, di puskesmas SIKUMANA, penulis dapat mengambil simpulan adalah sebagai berikut:

6.1.1 Dari hasil pengkajian baik data subyektif dan obyektif yang didapatkan

Ny. Y.S usia 34 tahun GIII PII A0 AHII, UK: 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala, kepala sudah masuk PAP, inpartu kala II fase aktif. Setiap persalinan dan setiap tindakan yang dilakukan harus berdasarkan SOP sehingga dapat meminimalkan resiko yang mungkin terjadi.

6.1.2 Tindakan yang telah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai rencana dan pada tahap pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan ini, dibuat berdasarkan diagnosa yang ditegakan dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong tidak menemukan hambatan yang berarti karena adanya kerjasama dan penerimaan yang baik dari pasien dan keluarga yang kooperatif dan adanya sarana dan fasilitas yang mendukung dalam pelaksanaan tindakan.

6.2 Saran

1. Untuk Pasien

Menyarankan pada pasien bahwa setiap ibu hamil harus memperhatikan kehamilannya sehingga tidak mengalami komplikasi pada saat persalinan

2. Peneliti

Agar dapat meningkatkan kemampuan teori maupun skill dilapangan.

3. Tempat penelitian (Puskesmas SIKUMANA)

Mempertahankan sitematika pelayanan yang ada sehingga dapat menekan AKI (Angka Kemtain Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi).

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat,dkk.2008. **Dokumentasi Kebidanan**.Jakarta: Salemba Medika
- JNPK-KR. 2007.**ASUHAN PERSALINAN NORMAL**. ED.3.
Jakarta:Jaringan Nasionalpelatihan Klinik
- Obstetri Fisiologi**, bagian obstetri dan ginekologi fakultas kedokteran
universitas panjajaran Bandung
- Mochtar, Rustam. 1998. **Synopsis Obstetric**. Jakarta: EGC
- Notoatmojo, S. 2010. **Metodologi Penelitian Kesehatan**. Jakarta: Rineka
Cipta
- Nursalam. 2011. **Konsep Dan Penelitian Ilmu Keperawatan**. Jakarta:
Salemba Madika
- Rekam medik Klinik Bersalin Puskesmas Alak tahun 2014
- Rohani, dkk. 2011. **Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan**. Jakarta:
Salemba Medika
- Sastroasmoro, dkk. 2011. **Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis**.
Jakarta: Sagung Seto
- Varney, Helen, dkk. 2008. **Asuhan Kebidanan**. Jakarta: EGC
- Wiknjosastro, Gulardi, dkk. 2008. **Asuhan Persalinan Normal**. Jakarta:
Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- [http:// www.dinkes-kotakupang.profil-kesehatan](http://www.dinkes-kotakupang.profil-kesehatan) 2013
- [http:// www.dinkes-Indonesia.profil-kesehatan](http://www.dinkes-Indonesia.profil-kesehatan) 2013



Nama Mahasiswi : DIAN ESTERIA PUAY
NIM : 02.12.00476
Pembimbing I : Frida S. Pay, SST., M.Kes

[illegible]



Nama Mahasiswi : DIAN ESTERIA PUAY
NIM : 02.12.00476
Pembimbing II : Jeni Nurmawati, SST., M.Kes

[illegible]